

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

707

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

André BOSQUET

Né le 11 Avril 1903, à CAUDRY (Nord)

Interne Médaille d'Or des Hôpitaux de Paris

LA STASE ILÉALE

Président : M. LEREBoullet, professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

André BOSQUET

Né le 11 Avril 1903, à CAUDRY (Nord)

Interne Médaille d'Or des Hôpitaux de Paris

LA STASE ILÉALE

Président : M. LEREBoullet, professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1935

I. — Professeurs

Anatomie	MM.	ROUVIERE.
Physiologie		Léon BINET.
Physique médicale		STROHL.
Chimie médicale		DESGREZ.
Bactériologie		Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale		BRUMPT.
Pathologie médicale et générale		BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale		CHEVASSU.
Anatomie pathologique		ROUSSY.
Histologie		CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale		TIFFENEAU.
Thérapeutique		HARVIER.
Hygiène et médecine préventive		TANON.
Médecine légale		BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LAIGNEL.
Pathologie expérimentale et comparée		LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie		FIESSINGER.
Clinique médicale		Maur. VILLARET
		LOEPER.
		CARNOT.
		CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance		Marcel LABBE.
Clinique des maladies des enfants		LEREBOULLET
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		NOBECOURT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux		GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses		GUILLAIN.
		LEMIERRE.
		CUNEO.
Clinique chirurgicale		GOSSET.
		GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique		LENORMANT.
Clinique urologique		TERRIEN.
		MARION.
Clinique d'accouchements		BRINDEAU.
		COUVELAIRE.
Clinique gynécologique		JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		N.
Clinique thérapeutique médicale		OMBREDANNE
Clinique oto-rhino-laryngologique		RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale		LEMAITRE.
Clinique propédeutique		Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose		SERGENT.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte		BEZANÇON.
		VATHIEU.
Professeurs sans chaire		HOVELACQUE.
		MULON.
		OLIVIER.
		VERNE.
		MOCQUOT

II. — Agrégés en exercice

MM.	MM.
BÉNARD Henri	GAYET
BERNARD Et. ...	GIROUD
BOULIN	HAGUENAU
BULLIARD	HALPHEN
CATHALA	HAZARD
CHEVALIER	HUGENIN
DOGNON	JOANNON
FEY	LABBE Henri ...
GALLIARD	LACOMME
GASTINEL	LANTUEJOUL ..
DE GAUDART	LAROCHE Guy. ...
D'ALLAINES.	
	Physiologie.
	Histologie.
	Pathologie médicale.
	Oto-rhino-laryngologie
	Pharmacologie.
	Anatomie pathologique
	Hygiène.
	Chimie biologique.
	Obstétrique.
	Obstétrique.
	Pathologie médicale,

MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J.)	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurologie et Psychiatrie
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT- DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE ..	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale
TROISIERS	Pathologie expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale
BESANÇON (J.)	Hydrologie.

III — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILEY- BERT	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique
NEVEU- LEMAIRE	Parasitologie

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ABRAMI	} Clinique médicale.
ALAJOUANINE ..	
AUBERTIN	
BRULE	
CHABROL	
CHIRAY	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
VALLERY-RADOT (Pasteur).	
SEZARY	

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale
BROCQ	
CADENAT	
GATELLIER	
HEITZ-BOYER ..	
MOURE	
QUENU	
SCHWARTZ	} Clinique obstétricale
VELTER	
EGALLE	
GUENIOT	
LE LORIER	
LEVY-SOLAL ..	
METZGER	

V — Chargés de cours

MM.

FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrège.	Education physique
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153511_0070

A MA GRAND'MERE

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MES AMIS

A Monsieur le Docteur L. BERA

En témoignage de filiale affection.

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur P. LEREBoullet

Professeur d'Hygiène et de Clinique de la Première Enfance

Médecin de l'Hospice des Enfants Assistés

Membre de l'Académie de Médecine

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur M. CHIRAY

Professeur Agrégé à la Faculté
Médecin de l'Hôpital Bichat

A MON MAÎTRE

Monsieur le Professeur NOËL FIESSINGER
Professeur de Pathologie expérimentale et comparée
Médecin de l'Hôpital Necker

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur J. CATHALA

Professeur Agrégé à la Faculté
Médecin de l'Hôpital Lariboisière

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur HALBRON

Médecin de l'Hôtel-Dieu

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur AMEUILLE

Médecin de l'Hôpital Cochin

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur P. JACQUET

Médecin de l'Hôpital Ambroise-Paré

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

1923. M. le Professeur LEMIERRE.

Externat

1924. M. le Professeur agrégé P. DESCOMPS (*in memoriam*).

1925. M. le Professeur agrégé THIROLOIX (*in memoriam*).

1926. M. le Docteur DE MASSARY.

Internat provisoire

1927. M. le Professeur agrégé A. BASSET.

1928. M. le Docteur APERT.

M. le Docteur P. JACQUET.

1929. M. le Professeur agrégé J. CATHALA.

Internat

1930. M. le Professeur agrégé METZGER.

1931. M. le Docteur HALBRON.

M. le Docteur LOUSTE (*in memoriam*).

1932. M. le Professeur P. LEREBoullet.

M. le Docteur AMEUILLE.

1933. M. le Professeur agrégé M. CHIRAY.

1934. M. le Professeur agrégé J. CATHALA.

M. le Professeur P. LEREBoullet.

Médaille d'Or

1935. M. le Professeur FIESSINGER.

M. le Professeur HARVIER.

A MES MAITRES

Monsieur le Docteur LELONG

Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Docteur PICHON

Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Docteur BENDA

Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Docteur A. LOMON

Radiologiste des Hôpitaux

Monsieur le Docteur P. AIME

Radiologiste des Hôpitaux

A MON AMI

Monsieur le Docteur G. ALBOT

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Médecin assistant de l'Hôpital Bichat

Chef de Laboratoire d'Anatomie pathologique à la Faculté

A MES MAITRES
DE L'ECOLE DE MEDECINE D'AMIENS

Monsieur le Docteur MERLE
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Médecin de l'Hôtel-Dieu

Monsieur le Docteur POULAIN
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

A MON AMI

Monsieur le Docteur LE CANUET
Assistant de Radiologie à l'Hôpital Bichat

INTRODUCTION

L'intestin grêle reste, dans la pathologie, malgré son importance physiologique, le territoire qui a peut-être été le moins exploré. Même aux temps présents où la radiologie scrute minutieusement l'ensemble de l'appareil digestif, les difficultés rencontrées dans l'interprétation des images jéjuno-iléales expliquent qu'il reste encore tenu à l'écart. C'est l'impression de pénétrer sur un terrain encore peu défriché qui nous a incité à étudier le syndrome clinique et radiologique de la stase iléale. Les difficultés que nous avons rencontrées nous ont fait comprendre pourquoi une telle obscurité règne encore sur ce domaine, que nous croyons pourtant riche d'éléments à découvrir. Elles nous ont aussi rempli de modestie et convaincu que si nous pouvions seulement apporter quelques petits faits qui puissent aider à comprendre la part qu'elle joue dans maintes affections digestives ou générales, nous pourrions nous en satisfaire. Mais dans ce coin de la pathologie, les interférences d'organe à un autre sont si complexes qu'on ne peut s'avancer qu'avec une extrême prudence : plus qu'ailleurs une minime complaisance dans l'interprétation des faits cliniques risque de créer des conceptions trop belles et... erronées.

Aussi, notre ambition n'est pas d'exposer la totalité des causes et des conséquences de la stase iléale : nous avons préféré, au risque d'être incomplet, nous

en tenir à quelques points, et essayer d'apporter dans leur étude une interprétation plus rigoureuse.

C'est notre Maître, le Professeur agrégé M. Chiray, à qui nous devons nos premières connaissances sur la pathologie digestive, qui a attiré notre attention sur l'intérêt de la stase iléale. Il a bien voulu, en nous faisant bénéficier, pendant notre année d'Internat auprès de lui et depuis, de l'excellente organisation de son service de consultations, nous mettre en main tous les éléments matériels de ce travail. Ce n'est là qu'un titre de plus à la profonde reconnaissance que nous lui devons.

A l'Hospice des Enfants Assistés, dans le service de notre Maître, le Professeur Lereboullet, à qui nous ne saurions dire toute notre reconnaissance et notre profond attachement, nous avons pu, au cours de six mois d'Internat, à tous égards trop vite passés, aborder l'étude de la stase iléale chez l'enfant. Nous nous sommes borné à l'envisager sous l'angle de l'appendicite chronique et des colites, et nous nous sommes rendu compte combien la moindre complexité des états digestifs du grand enfant pouvait aider à la compréhension des faits observés chez l'adulte. En outre, la stase iléale nous apparaît déjà intervenir dans certains autres troubles digestifs encore mal expliqués de l'enfant et mériter ainsi, dans le domaine de la pédiatrie, une étude plus générale que celle à laquelle nous nous sommes livré jusqu'à présent. Nous devons à la bienveillance de notre Maître, le Professeur Lereboullet, la possibilité de la poursuivre encore auprès de lui.

ANATOMIE DE LA VALVULE

L'iléon communique avec le côlon ascendant par un orifice appelé valvule de Bauhin. Elle est formée de deux lèvres limitant entre elles une fente transversale longue de un centimètre et réunies à leurs extrémités antérieures et postérieures. Ces dernières, appelées commissures, se continuent avec la paroi cœlique par un repli, les freins de la valvule.

Cette valvule iléo-cœcale est, en fait, constituée par l'adossement de la paroi cœlique et de la paroi iléale, réalisant une sorte d'invagination de l'iléon dans le côlon et c'est cette invagination, transversalement bridée, qui réalise les deux lèvres de la valvule.

Il semble bien que la flaccidité cadavérique oblige à faire quelques réserves sur la morphologie classiquement décrite à la valvule de Bauhin. L'invagination semble beaucoup plus importante que celle qu'on lui reconnaît habituellement. La coupe vertico-transversale que nous reproduisons en rend compte.

Lorsque la valvule de Bauhin est observée sur le vivant, par l'intermédiaire d'une fistule cœcale, c'est sous l'aspect d'une papille et non d'une fente qu'elle apparaît d'ailleurs (Hurst).

Les lèvres de la valvule présentent une disposition respective qui n'est pas négligeable. La lèvre supérieure, plus longue, est oblique en haut vers la paroi cœlique. Elle applique son bord libre sur celui de la

lèvre inférieure qui reste légèrement en retrait. Une coupe horizontale passant par l'orifice montre que la valvule est libre par rapport à la paroi antérieure du cæcum, et adhérente en arrière.



FIG. 1

Abouchement de l'iléon dans le côlon.
(Cæcum d'enfant après section de la moitié antérieure
du cæco-côlon et de l'iléon terminal).

L'étude histologique des lèvres supérieure et inférieure montre que, parmi les couches musculaires des parois intestinales, seule la couche des fibres circulai-

res participe à l'adossement des parois iléale et cœlique qui constitue les lèvres valvulaires. Ce n'est qu'à distance du bord libre de la valvule, à la base même des lèvres qu'on trouve séparées, accolées, puis fusionnées, la couche musculaire longitudinale de l'intestin grêle et celle du gros intestin ; elles séparent l'une de l'autre la couche musculaire annulaire de l'iléon et celle du côlon, encore distantes. Au niveau même des lèvres valvulaires, ces couches annulaires s'adossent, puis se fusionnent, les faisceaux longitudinaux ayant ici disparu. Si on ne rencontre, au niveau des lèvres valvulaires, que des fibres musculaires circulaires, des faisceaux longitudinaux passent à sa base : ceux-ci sont même beaucoup plus puissants et dans le mécanisme d'ouverture et de fermeture de la valvule, leur action ne peut être passée sous silence. ●

PHYSIOLOGIE

La terminaison de l'intestin grêle, ascendante en haut et à droite, en position de repos, se jette dans le côlon selon un angle aigu, et le courant iléal coulant presque tangentiellement sur la lèvre inférieure, vient buter presque perpendiculairement la face iléale de la lèvre supérieure.

Déjà la disposition aiguë de la jonction iléo-cæcale apparaît peu favorable à un reflux vers l'iléon au cours d'une distension cæcale. La position de la lèvre supérieure, recouvrant le bord libre de la lèvre inférieure, sur sa face cæcale, réalise une véritable soupape qui s'oppose surtout au reflux. Au cours de la distension expérimentale du cæcum sur le cadavre, sans doute peut-on observer une régurgitation vers l'iléon, mais il ne semble pas qu'on puisse en conclure que sur le vivant une telle insuffisance est physiologique : en tout cas, une forte distension du cæcum, du fait de son adhérence postérieure verticale, se fait transversalement, et ce qu'on peut indiscutablement constater sur le cadavre, c'est qu'une telle distension transversale a pour résultat une couverture accrue de la lèvre supérieure sur la lèvre inférieure. On peut ainsi penser qu'une dilatation passagère et physiologique du cæcum n'aura pour effet sur le vivant, à n'envisager que ses conséquences mécaniques passives, qu'un accolement plus intime des lèvres, qu'une

fermeture plus complète de la valvule de Bauhin. Ainsi, grâce à l'état anatomique de la valvule, il apparaît que « *passivement* », la fermeture iléo-côlique est assurée, ou que tout au moins la régurgitation vers l'iléon est physiologiquement impossible. L'existence des fibres circulaires des lèvres valvulaires renforce la fermeture.

Nous pensons en outre qu'une part dans le mécanisme de fermeture de la valvule revient aussi aux fibres musculaires circulaires du côlon, dans des circonstances que nous ne pouvons considérer comme pathologiques : Il est en effet trop fréquent de voir radiologiquement, en regard d'une valvule iléo-cæcale, en fonctionnement, une incisure spasmodique du bord externe du côlon pour ne pas lui attribuer un rôle physiologique. Elle répond à une contraction des faisceaux musculaires circulaires du côlon, qui, en regard de la valvule, ne peut avoir pour conséquence, par leurs fibres se perdant sur les commissures, que de tirailler davantage la fente valvulaire dans son sens transversal et d'accentuer la fermeture.

La disposition aiguë de la jonction iléo-cæcale, l'existence de couches musculaires circulaires et surtout longitudinales nous amènent à d'autres conclusions si nous envisageons le courant normal de l'iléon vers le côlon. Il semble d'abord, que, gêné par l'ouverture à angle aigu de l'iléon dans le gros intestin, le courant iléo-côlique doive exiger un redressement passager du segment terminal du grêle qui le dispose perpendiculairement au gros intestin, et augmente

ainsi la facilité du passage. Un tel redressement aurait, de plus, l'avantage de tendre à libérer la lèvre inférieure de la lèvre supérieure qui la recouvre. Nous verrons plus loin que cette disposition à angle droit de la jonction iléo-côlique se trouve, de fait, habituellement réalisée, au moment où l'appareil valvulaire et prévalvulaire est en état de fonctionnement.

Si les fibres circulaires des lèvres valvulaires renforcent la fermeture en se contractant et permettent l'ouverture en se relâchant, les fibres longitudinales du dernier segment iléal jouent dans ce fonctionnement valvulaire une part aussi grande. Longeant les faces supérieure et inférieure de l'intestin grêle et se continuant dans celles du gros intestin, après s'être soudées à la base des lèvres valvulaires, elles auront pour conséquence, lorsqu'elles se contracteront, non seulement de tendre au redressement « en angle droit » de la jonction iléo-côlique, dont nous parlions, mais encore de faire pénétrer l'iléon davantage dans le cæcum et d'augmenter l'invagination. Telle sera l'action des fibres supérieures et inférieures, mais les faisceaux longitudinaux antérieurs et postérieurs, passant au niveau des commissures valvulaires, participent à cette contraction. Cette action générale, tendant à transformer en cylindre rigide l'extrême terminaison de l'iléon, atténue la disposition étirée, transversale de la fente valvulaire, et arrondit son ouverture. Nous retrouverons radiologiquement l'image de ces contractions longitudinales de l'iléon. L'importance anatomiquement prédominante des fibres musculaires

longitudinales fait penser que la plus large part leur revient dans le mécanisme d'ouverture de la valvule.

Beaucoup d'auteurs ne recherchant l'explication du passage iléo-côlique que dans l'action des fibres circulaires des lèvres valvulaires, leur accordèrent une importance essentielle et en conclurent que la fermeture de la valvule était un phénomène actif, un résultat de la contraction des fibres circulaires des lèvres valvulaires et l'ouverture, une position de repos.

Pour notre part, nous croyons simpliste de penser que l'ouverture et la fermeture correspondent respectivement à un état de repos et à un état de contraction ou inversement.

L'ouverture de la valvule nous apparaît comme le résultat d'un relâchement des fibres circulaires des lèvres valvulaires, mais aussi et surtout d'un état de contraction des fibres musculaires longitudinales qui glissent de l'iléon sur le côlon et qui, rythmiquement, enfonce en coin l'iléon dans le côlon et augmentent son invagination. C'est cette invagination de l'iléon avec relâchement et éversion des lèvres valvulaires qui apporte un peu du contenu iléal dans le côlon : dans ce mouvement rythmique, les lèvres valvulaires rappellent l'aspect que prennent les lèvres de la bouche dans le mouvement de succion. Si nous exprimons cet avis, c'est qu'il correspond, comme nous le verrons, aux données radiologiques. Il correspond, en outre, à ce qu'a constaté Rendle Short chez un malade cæcosto-

misé. Le sphincter contracté formait une saillie d'une longueur de près de deux centimètres, et, quelques minutes après l'ingestion d'un aliment, le sphincter s'ouvrait rythmiquement, découvrant les plis de la muqueuse iléale, et formant alors une saillie de près de 4 centimètres. Cette ouverture avec éversion, nous semble-t-il, permettrait aussi bien un reflux qu'un flux normal, mais elle n'apparaît heureusement que comme la phase terminale d'une onde de contraction née plus haut sur l'antré prévalvulaire et qui vient mourir à la valvule. Cette onde réalise une pression accrue de l'antré qui précède l'ouverture de la valvule. Que le cæcum soit plein et l'iléon vide et que pour une cause quelconque réflexe, la contraction des fibres longitudinales invagine l'iléon et donne à ses lèvres « l'attitude de succion » décrite, on conçoit déjà qu'un reflux puisse se produire, et que, grâce aux mouvements rétrogrades fréquents sur l'anse termino-iléale, l'intestin grêle puisse se remplir. Nous y reviendrons.

Ainsi, au cours du fonctionnement iléo-côlique normal, il y a, au moment de l'ouverture, une contraction essentielle des derniers centimètres de l'iléon, ramassés sur eux-mêmes, et, au niveau des lèvres, qui ne contiennent que des fibres circulaires, un relâchement du tonus, répondant à cette harmonie observée dans la motricité de tout l'intestin, à cette loi qui veut qu'une contraction au niveau d'un segment entraîne un relâchement au niveau du segment sous-jacent. En fait, les fibres circulaires des lèvres ne sont pas très importantes anatomiquement et si elles suffisent à

fermer la valvule tant que l'antré ne se contracte pas, elles ne sont que peu de chose devant la poussée termino-iléale, lorsque les fibres longitudinales se contractent et enfoncent l'iléon « en coin » dans le côlon.

En résumé, la fermeture de la valvule contre un reflux éventuel répond à un état anatomique réalisant une véritable soupape ; il est probable que cette fermeture soit renforcée par les fibres circulaires des lèvres. Contre le flux normal iléo-côlique, la fermeture est assurée par la contraction de ces fibres circulaires dont le tonus apparaît dès qu'on introduit un aliment dans l'estomac. L'ouverture de la valvule est déterminée de façon rythmique par un relâchement de ses fibres circulaires, mais essentiellement par la contraction des fibres longitudinales du segment iléal prévalvulaire qui, par une sorte d'invagination de l'iléon, apporte un peu de son contenu dans le côlon. Ce n'est donc pas, comme on le croit couramment, un phénomène passif, mais un phénomène actif, et *si la valvule iléo-cæcale semble jouer un rôle de prime importance dans l'invagination intestinale, c'est que celle-ci n'est justement, à nos yeux, que la continuation, l'exagération pathologique d'un phénomène physiologique.*

La valvule a une fonction sphinctérienne, une fonction d'arrêt vis-à-vis du train iléal. Lorsqu'après une ingestion de baryte, en effet, on note l'arrivée de celle-ci dans la région iléo-cæcale, on peut normalement compter près d'une heure avant qu'une première bou-

chée iléale passe dans le cæcum. *Le train iléal se trouve à ce niveau soumis à un arrêt normal*, à une stase normale, et l'on peut dire, après Hertz, que ce retard est « une condition physiologique normale de la plus grande importance pour une bonne digestion ». La seconde fonction est pour Case, qui, après Hertz, développe l'individualité du sphincter iléo-cæcal, une fonction d'arrêt contre le reflux. Nous pensons que cette fonction ne joue que dans des cas pathologiques, et que, physiologiquement, la valvule suffit passivement à éviter le reflux.

Mais l'appareil musculaire qui commande le passage du contenu iléal vers le cæcum est loin de résider exclusivement, comme nous l'avons vu, dans la valvule de Bauhin : on pourrait même plus justement dire qu'il réside surtout dans la musculature pré-valvulaire de l'iléon. La portion terminale de l'intestin grêle est douée sur une étendue de 10 centimètres, au-dessus de la valvule iléo-cæcale, d'une musculature plus importante que par ailleurs ; cet *appareil iléal pré-valvulaire* a pour fonction de segmenter par bouchées le train iléal et de propulser successivement chacune de ces bouchées dans le côlon. A remplir ce rôle, il met normalement deux ou trois heures. Trois heures après que les dernières traces de baryte ont quitté l'estomac, il en reste souvent encore, normalement dans l'iléon. Le retard normal subit par le dernier train iléal est, au total, plus important que celui auquel a été soumis le premier : cela montre qu'après le cheminement sans arrêt notable dans tout le jé-

juno-iléon, c'est au niveau de l'appareil musculaire pré-iléal que le chyme intestinal rencontre seulement un *système régulateur du débit vers le côlon*, en même temps qu'un système propulseur capable d'ouvrir la valvule iléo-cæcale. Seule l'étude radiologique, comme nous le verrons, permet actuellement la compréhension du fonctionnement physiologique de cet appareil musculaire pré-valvulaire. Celui-ci fait du dernier segment iléal une sorte d'*antre pré-valvulaire analogue à l'antre pylorique*.

Avant de quitter néanmoins le terrain purement physiologique, il importerait de fixer sous quel influx nerveux fonctionne la musculature de la valvule et de l'appareil musculaire péri-valvulaire.

Elliot a constaté chez l'animal que l'excitation du sympathique par l'adrénaline, entraîne la contraction du sphincter iléo-côlique, mais il considérait que ce muscle se trouve normalement en tonus de fermeture. Katz et Winkler ont présenté des conclusions opposées : ils pensent que le sphincter est fermé à l'état de repos, ouvert par excitation. Pour eux, l'excitation du sympathique entraîne, comme pour Elliot, la contraction du sphincter, mais en conséquence une ouverture.

Katsch trouva dans 3 cas la production subite d'insuffisance de la valvule sous l'action de l'atropine. Il considéra ce résultat comme inexplicable car, sachant que le sphincter se contracte comme l'avait montré Elliot, sous excitation sympathique, il s'étonnait que

la paralysie para-sympathique ne donnât pas le même effet, c'est-à-dire la fermeture.

Pour notre part, quoique voyant surtout dans l'ouverture de la valvule iléo-cæcale un phénomène actif, un phénomène de contraction des fibres longitudinales termino-iléales, nous y voyons, à la fois, quoique plus accessoire, un état de relâchement des fibres circulaires des lèvres, et nous pensons que *si les expériences des physiologistes sont en perpétuelle contradiction, c'est qu'on ne peut, avec les auteurs qui se sont attachés à cette question, considérer la contraction et le relâchement comme synonymes respectifs d'ouverture et de fermeture ou inversement*. La coordination d'un état de contraction des fibres longitudinales termino-iléales et d'un état de relâchement des fibres circulaires valvulaires nous fait croire que, sur le terrain expérimental du moins, l'action du vague ou du sympathique n'intervient peut-être que comme contrôle, et qu'en tout cas, ce qui domine en importance, c'est le rôle du système nerveux autonome de l'intestin, dont Keith a montré le développement particulier dans la région iléo-cæcale. C'est ce système nerveux autonome qui préside à l'harmonie des contractions rythmiques successives sur les différents segments de l'intestin : c'est lui qui réalise, par réflexes locaux, cette succession coordonnée d'ondes faisant succéder à un segment en contraction — l'antré pré-valvulaire — un segment en relâchement — la valvule. Ces réflexes courts, produits au sein des plexus d'Auerbach et de Meissner, et réglant le che-

minement du contenu iléal, sont probablement sous l'essentielle dépendance de son chimisme variable, au sujet duquel notre ignorance reste quasi-complète. Selon la qualité et l'abondance des aliments ingérés, selon le fonctionnement des glandes gastriques et intestinales, ce chimisme variera et l'état de la motricité iléo-cæcale variera avec lui : on conçoit que, chez un même individu, la vacuité iléale ne soit pas toujours réalisée dans d'étroites limites horaires et que ces variations soient nécessaires pour assurer une digestion toujours satisfaisante, malgré des circonstances parfois très différentes. Une grande prudence s'imposera donc lorsqu'on tentera d'établir les limites entre ce qui est physiologique et ce qui est pathologique dans un transit iléal. Il n'est pas douteux qu'à défaut de connaissances sur le chimisme iléal, nous ne faisons qu'observer un état de motricité qui n'est probablement que sa conséquence : ce que nous voyons, sous l'écran, n'est guère qu'une manifestation que, faute de mieux, nous essayons d'interpréter, mais nous ne pouvons perdre de vue — et cela invite à la modestie — que nous interprétons des « images ». Nous entrevoyons l'importance du plexus nerveux intrinsèque et des réflexes courts qu'il permet, sans saisir encore ce qui déclenche ces derniers.

Que physiologiquement des réflexes à distance puissent exister, c'est certain et nous en voulons pour preuve les répercussions existant en double sens entre le pylore et la valvule iléo-cæcale. Une lésion de la région iléo-cæcale avec blocage temporaire de la val-

vule entraîne fréquemment un spasme pylorique et c'est un phénomène bien connu. Inversement, une mise en train de l'appareil musculaire du pylore ou de l'antrum pylorique a ses répercussions sur la valvule iléo-cæcale. Maintes fois, il nous est apparu que le fait d'entraîner un début de fonctionnement pylorique par une absorption alimentaire quelconque, tendait à la mise en fonctionnement de l'appareil musculaire valvulaire et pré-valvulaire, en définitive au passage iléo-cæcal. A première vue, ces constatations pourraient paraître en contradiction avec celles de Tonnis, pour qui, dans l'étude du reflux, le sphincter iléo-cæcal est fermé après le repas et ouvert à jeun, permettant ainsi un remplissage en retour de l'iléon chez le sujet qui n'a pas mangé juste avant l'examen. Nous ne pensons pas que cette dernière donnée soit physiologiquement normale, car, sans intervention réflexe, la disposition anatomique de la soupape de Bauhin s'y oppose, mais nous croyons aussi que si la valvule iléo-cæcale peut être forcée, elle a plus de chance de l'être à jeun.

Dès que le fonctionnement pylorique s'amorce, il en résulte une exagération du tonus de l'appareil musculaire iléo-cæcal et nous croyons, avec Tonnis, que c'est alors que la fermeture de la valvule est, au mieux, assurée contre le reflux, se trouvant complétée par le tonus des fibres circulaires. Par contre, si le segment terminal de l'iléon contient quelque chose à propulser dans le cæcum, l'onde descendante, après avoir contracté les fibres longitudinales termi-

no-iléales, s'accompagnera de l'ouverture rythmique de la valvule. Mis en tonus par réflexe à point de départ pylorique, comme le pense Tonnis, l'appareil musculaire iléal et pré-iléal reçoit quand même de ce réflexe un regain d'activité dans sa propulsion. Mieux fermée contre un reflux, autrement dit, la valvule ne s'en ouvrira pas moins bien rythmiquement, comme nous l'avons constatée, lorsqu'elle y sera sollicitée par l'onde de propulsion termino-iléale, et cette onde descendante nous a toujours paru activée par l'excitation pylorique.

L'existence de réflexes à distance ayant leur conséquence sur la valvule est donc indubitable. Leur intérêt physiologique est notable, et nous verrons que leur intérêt pathologique est plus considérable encore, rendant singulièrement complexe l'étude des stases iléales. Sur le terrain proprement physiologique, l'importance des réflexes locaux restant sous la dépendance du système nerveux autonome de l'intestin, nous semble néanmoins plus grand. Qu'une fois l'estomac vide, le contenu de l'intestin grêle aborde la terminaison du grêle, immédiatement cet état de tonus musculaire de la valvule de Bauhin, dont nous parlions, se trouve réalisé. Sans l'intervention des fibres musculaires circulaires des lèvres valvulaires, on ne pourrait expliquer que la progression du train iléal, poussé à l'arrière par les contractions du grêle, vienne buter et s'arrêter un certain temps contre la valvule. Par contre, l'appareil musculaire pré-valvulaire de l'iléon commence son travail de morcellement, et de con-

trôle, n'admettant dans le dernier segment iléal qu'une arrivée par fragments, dans la mesure où il pourra s'évacuer vers le cæcum. En même temps, s'effectue, sur les derniers centimètres, un mécanisme de propulsion fragmentée, selon une onde contractive descendante qui s'achève, à chaque fois, par le relâchement rythmique des fibres circulaires valvulaires. Un tel mécanisme, que nous verrons dans ses détails avec l'étude radiologique, montre une interférence d'un segment intestinal sur celui qui le suit, d'une telle étroitesse, une série de contractions et relâchements successifs d'une complexité telle, que, physiologiquement, il semble trop simple de vouloir le placer sous l'action distante du grand système sympathique ou du système vague.

D'ailleurs, la section de tous les nerfs qui arrivent au sphincter ne donne guère expérimentalement qu'une parésie passagère. Au bout de quelques jours, la tonicité reparaît.

L'influence que peuvent avoir les deux grands systèmes pneumogastrique et sympathique sur le système nerveux autonome, la relation qu'ils établissent notamment entre l'appareil valvulaire et les autres sphincters du tube digestif, ne peuvent pas être niés. Nous devons avouer que les divers médicaments, habituellement reconnus comme leurs excitants ou leurs paralysants, nous sont apparus d'une réelle inefficacité lorsque nous avons tenté de corriger par eux l'existence d'une stase iléale.

PHYSIOLOGIE RADIOLOGIQUE DE L'APPAREIL VALVULAIRE AU COURS DU TRANSIT ILÉO-COLIQUE

Après ingestion de baryte, c'est en trois ou quatre heures, que ses premiers fragments, après une pose gastrique, puis un cheminement rapide dans le jéjunum et l'iléon, gagnent par poussées successives le segment iléal terminal et s'arrêtent à la valvule de Bauhin. La baryte subit là dans sa progression une période d'arrêt, après laquelle, la soupape valvulaire s'ouvrant rythmiquement, le passage dans le cæcum s'effectuera par bouchées isolées. Mais ces passages sont précédés de mouvements particuliers de la dernière anse iléale, destinée à régler le transport de la baryte en amont immédiat de la valvule.

Alors qu'elle n'était qu'irrégulièrement remplie, on voit d'abord l'anse pré-cæcale parfaire sa réplétion. Sur elle, vont se produire toutes les deux minutes environ, des poussées vers le cæcum. Elles sont réalisées parfois par une *segmentation ondulée de l'anse pré-cæcale* : un anneau de contraction apparaît, progressant vers le cæcum, et bientôt suivi de plusieurs autres anneaux. Il y a ainsi une série d'ondes successives rappelant celles qu'on observe sur l'antré pylorique. Les poussées vers le cæcum sont réalisées dans d'autres cas, ou à d'autres moments, par de véritables *mouvements de transport en masse* : L'anse iléo-pré-

cæcale apparaît bien remplie et prend la forme de cylindre sans relief : en un point de celui-ci et généralement de 6 à 9 centimètres de la valvule, un étranglement apparaît, rétrécissant la lumière de l'intestin



FIG. 2



FIG. 3

grêle: tandis que le spasme réalisé au point de départ persiste, l'onde rétrécissante se propage vers le cæcum, réalisant un *cylindre de contraction* étroit,

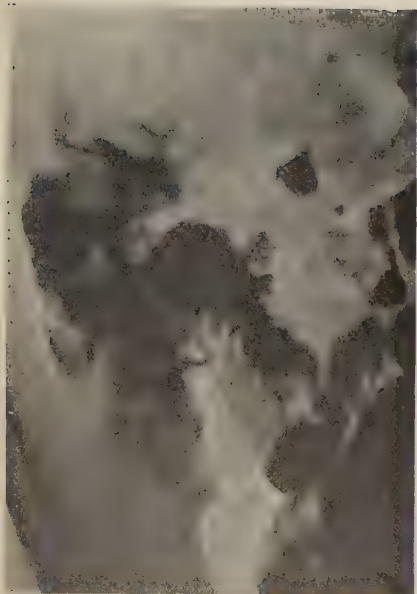


FIG. 4

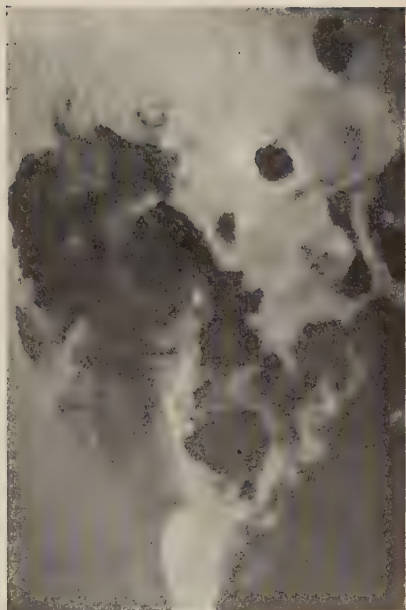


FIG. 5

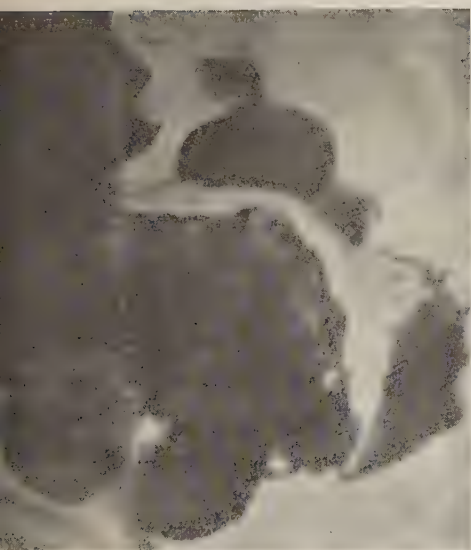


FIG. 6

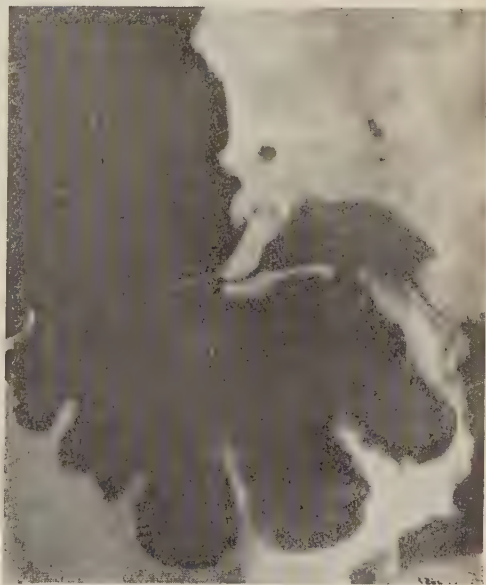


FIG. 7

qui n'est guère dessiné que par quelques lignes obscures longitudinales et parallèles ou qui, même, devient invisible. Ce cylindre s'arrête dans sa progression distale à trois centimètres du cæco-ascendant. Il a ainsi chassé progressivement la baryte vers le dernier segment de l'iléon : elle s'y amasse en une boule qui, réalisée par le mouvement de transport du cylindre de contraction, s'est élevée en regard de la valvule. *Cet amas de baryte a la forme d'une boule, c'est-à-dire qu'ayant presque perdu connexion avec le train baryté en arrière, il reste aussi, vers l'avant, séparé du cæco-côlon, ne lui étant relié que par un trait linéaire de baryte; ce trait linéaire, représentant l'attitude tonique encore persistante du dernier centimètre iléal, tombe perpendiculairement sur le bord interne du cæco-ascendant. Bref, la boule de baryte amassée en regard de la valvule répond à un court segment iléal qui se laisse distendre et est précédée et suivie de segments de contraction. L'ensemble de l'iléon prend à ce niveau la forme d'une « tête de canard », dont le bec toucherait la valvule, dont le cou la réunirait au reste de l'iléon. La tête répond à la boule de baryte, le bec et le cou aux segments contractés au delà et en deçà d'elles.*

Ainsi amassé en regard de la valvule, un fragment du contenu iléal est en position favorable à sa propulsion vers le gros intestin. Que l'onde de contraction soit suffisamment forte, elle se propagera jusqu'à la valvule, et un premier passage s'observera dans le cæcum. Mais une fois dessiné l'amas de baryte en re-

gard de la valvule, non seulement les contractions s'immobilisent souvent, offrant quelques secondes l'image typique décrite, mais encore l'onde de contraction avorte parfois, avant de réussir un passage iléo-



FIG. 8. — Onde de propulsion de l'antre, avortée.

côlique. La boule barytée de l'antre pré-valvulaire reste séparée de l'ombre cæcale par quelques millimètres d'iléon d'aspect rétracté, linéaire et qui répondent à la contraction des fibres circulaires de la valvule mises en tonus bien avant que ne commencent

les mouvements de propulsion. Celles-ci ne sont pas seules à réaliser la fermeture de la valvule. Presque toujours existe sur le bord externe du cæcum et parfois sur le bord interne, en regard de la valvule, une incisure, répondant à un tonus des fibres côliques circulaires qui étire transversalement les commissures des lèvres valvulaires et aide encore à la fermeture.



FIG. 9

Lorsqu'une onde de propulsion partie de l'antré pré-valvulaire en réplétion descend vers la valvule, *on voit le bec de canard de l'antré* — qui répond à la valvule — *s'enfoncer « en coin » dans le cæcum et déprimer son bord interne avant de déverser perpendi-*

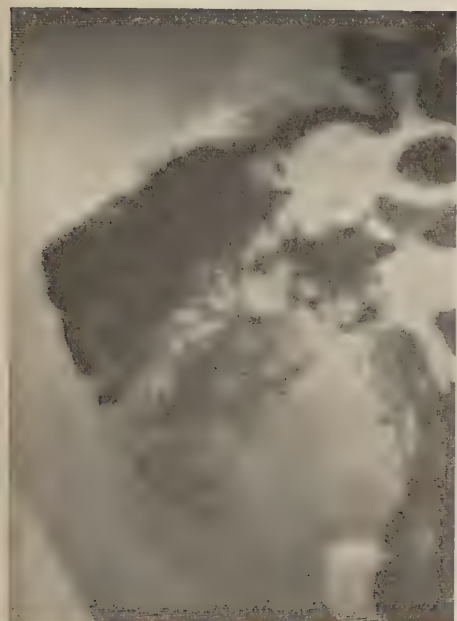


FIG. 10



FIG. 11

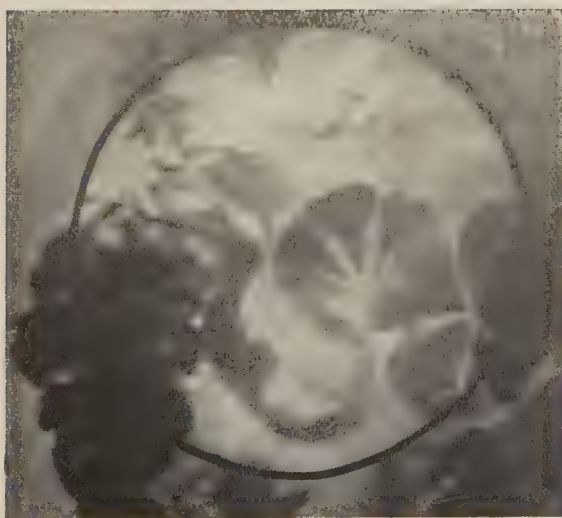


FIG. 12

culairement le contenu iléal dans le côlon. Cet enfoncement de l'iléon est si marqué qu'il nous est arrivé, au début de nos examens, en envisageant des cæcums commençant à peine leur réplétion, de croire que la valvule était située soit sur leur face antérieure, soit sur leur face postérieure. Au milieu d'une ombre cæcale encore spongieuse, le bec de canard de l'antré, au moment où il déversait son contenu, dessinait une ombre nette, rectiligne et horizontale, tranchant bien sur le fond mal imprégné du cæcum et *plaçant son extrémité en pleine image cæcale*, à 3 ou 4 centimètres à droite de la ligne représentant le bord interne du côlon ascendant. Nous considérons maintenant cet aspect comme tout à fait normal, aspect de « *gargouille iléale* », se déversant au milieu de la lumière cæcale, du fait de l'invagination de l'iléon. Rappelons que cet aspect ne peut être surpris que sur un cæcum encore très mal rempli.

Lorsque l'antré pré-valvulaire s'est évacué dans le cæcum, bientôt se dessine un mouvement de transport de la dernière anse iléale qui le remplit à nouveau.

Ces mouvements ne s'effectuent que lentement, et bien souvent, l'onde descendante n'ayant pas abouti à une évacuation suffisante, l'antré s'y reprend à plusieurs fois pour l'achever. Souvent même la résistance valvulaire apparaît plusieurs fois infranchissable et plusieurs ébauches de contraction de l'antré apparaissent complètement inefficaces. C'est alors qu'on voit parfois disparaître un instant la forme en boule

de l'antra pré-valvulaire, sa baryte retombant dans le segment précédent qui s'est entre-temps affaissé, puis un autre mouvement de transport ou une série d'ondes successives entraîne à nouveau la réplétion de l'antra.

La fréquence des ondes de transport et de propulsion reste très variable selon les sujets : cette fréquence, de même que leur importance, leur efficacité sont importantes à étudier : on peut en moyenne compter une onde de propulsion toutes les deux ou trois minutes chez le sujet normal. Pour peu qu'un obstacle organique ou fonctionnel siège sur la valvule, on observera de profondes contractions soit fréquentes et assez rapides si l'obstacle est léger, soit au contraire très espacées si l'obstacle est important et persistant : en pareil cas, une distension du dernier segment iléal peut se constituer. Dans les deux cas, surtout, on constatera malgré les contractions un passage retardé de l'iléon vers le cæcum.

Si les mouvements de transport du contenu iléal vers l'antra se font normalement, autant par des cylindres de contraction que par une série d'ondes successives, descendantes, néanmoins, dans les cas d'obstacle valvulaire, c'est essentiellement ce dernier mécanisme qu'on observe.

ÉTUDE CLINIQUE ET RADIOLOGIQUE DE LA STASE ILÉALE

La stase iléale peut résulter d'un véritable ralentissement dans le transit iléal, que nous désignerons surtout par le terme de stase ; mais elle peut résulter encore, après le passage iléo-côlique, d'un retour du contenu côlique vers l'iléon, d'un reflux, d'une régurgitation, que nous désignerons sous le nom de fausse stase iléale. Nous dirons tout de suite que nous la considérons comme bien moins importante. Nous envisagerons d'abord la véritable stase iléale, celle que subit le cheminement du contenu de l'intestin grêle vers le côlon.

LA STASE ILÉALE VRAIE

TECHNIQUE DE L'EXAMEN RADIOLOGIQUE

Nous nous sommes toujours refusé à prescrire le moindre laxatif avant tout examen radiologique, désirant avant tout déterminer les caractères du transit tel qu'il est vraiment dans la vie habituelle du malade. Nous nous sommes toujours abstenu de conseiller le moindre lavement, préférant être gêné dans la visibilité des anses intestinales, plutôt que d'avoir à compter avec la moindre excitation réflexe anormale. C'est encore dans le but de ne modifier en rien le transit habituel que nous avons veillé à ce que le malade n'absorbe pas de médicament les jours précédant l'examen, à moins que nous n'ayons désiré juger réellement de son action sur une stase antérieurement constatée. Nous avons toujours prié les malades, enfin, de prendre leur petit déjeuner comme de coutume, et entre nos deux premiers examens, de prendre leur repas de midi sans modifier en rien l'alimentation habituelle.

Nos malades prenaient leur repas baryté de grand matin, de quatre à six heures, avec un décalage d'horaire suffisant, entre chaque malade, pour que nos examens successifs puissent matériellement avoir lieu chez tous les sujets à une distance rigoureusement égale de l'ingestion. Celle-ci consistait en la prise, en une seule fois, de 200 grammes de gélobaryte. Malgré la multiplicité des examens que réclame l'étude ra-

diologique, lorsque le malade n'a pris qu'un *seul repas opaque*, nous avons préféré cette méthode à celle des deux repas successifs, dont le chevauchement est cause de trop d'erreurs.

Notre premier examen avait lieu à la cinquième heure : il nous renseignait déjà sur la position de la tête du train baryté, et sur l'aspect amassé contre le cæcum ou épars dans tout le grêle du repas opaque, mais son but essentiel était de *nous assurer de la vacuité gastrique*. Sans cette précaution, un retard de l'évacuation de l'estomac peut retarder le remplissage de l'iléon et faire croire à tort à un transit prolongé de l'intestin grêle. Ces fausses interprétations sont d'autant plus à craindre que les affections du carrefour iléo-cæco-appendiculaire, capables de donner des stases iléales, s'accompagnent volontiers de spasmes réflexes pyloriques et duodénaux retardant l'évacuation gastrique. Par contre, dans les cas où une hyperkinésie de l'estomac avait été notée au cours d'examens radiologiques antérieurs, dans les cas aussi où il s'agissait de malades gastro-entérostomisés, nos premiers examens gastriques étaient précocement et fréquemment pratiqués pour déterminer au plus tôt la vacuité gastrique : la rapidité anormale de celle-ci risque en effet de faire méconnaître une stase pathologique d'un intestin qui s'est pourtant évacué dans des délais normaux.

C'est à la *neuvième heure* que nous avons pratiqué le second examen estimant que, les causes d'erreur gastriques écartées, un iléon doit normalement, à ce

moment, être complètement évacué. C'est dire que nous avons jugé la stase, avant tout, sur la fin du train baryté. Nous pensons volontiers que la moyenne des sujets vident dans le cæco-ascendant leur contenu iléal bien avant la neuvième heure, mais nous nous sommes, à dessein, arrêté à cet horaire pour n'avoir que plus de certitude de nous trouver en présence d'états pathologiques. Si la question de vitesse du transit est de premier intérêt, nous ne pourrions trop insister néanmoins sur l'importance qu'il y a à observer le point où il y a ralentissement, et comme il s'agit le plus souvent du dernier segment iléal, de déterminer surtout le mode de fonctionnement de l'appareil propulseur pré-valvulaire, la fréquence et la force de ses ondes, leur efficacité ou non, et les dimensions des anses iléales en réplétion persistante. Ces points importent autant, nous semble-t-il, que la question d'horaire.

Lorsque nous l'avons pu, quelques heures après cet examen principal, nous en avons pratiqué un troisième. Dans quelques cas, nous avons pu revoir les malades le lendemain, mais ce dernier examen restait dans la règle inutile, la plupart des stases iléales n'ayant qu'assez rarement une telle persistance.

Nos malades ont été examinés en position debout et couché. Les procédés palpatoires d'exploration, surtout lorsqu'ils s'affirmaient douloureux, ont été réduits au minimum pour avoir la certitude de ne pas provoquer, par les réflexes qu'une douleur locale peut causer, une sténose spasmodique de l'intestin.

Enfin, nous avons, lorsque nous l'avons pu et notamment dans les stases légères, revu radiologiquement nos malades à distance, pour nous rendre compte du caractère permanent, ou intermittent du ralentissement que présentait éventuellement le transit que nous étudions.

Sur les quelque trois cents recherches radiologiques de stase iléale que nous avons pratiquées, nous nous refusons à établir des statistiques pour établir sa fréquence globale ou sa fréquence étiologique. De telles statistiques seraient, à notre avis, dépourvues du moindre sens, car nos recherches portaient sur des cas déjà cliniquement triés, apparaissant susceptibles de présenter une stase, et recrutés en outre parmi des malades ne présentant que des affections digestives.

Sans doute, avons-nous quelquefois examiné à dessein des malades apparemment sains : leur transit iléal s'est affirmé dans la règle, normal. Quant au groupe important de malades « digestifs » que nous avons examinés, nous nous contenterons d'estimer comme assez fréquente, variant à peu près de un à deux sur quatre, selon les séries, la proportion des sujets qui présentaient une stase de l'iléon.

SIÈGE DE L'OBSTACLE DANS LA STASE ILÉALE

L'arrêt prolongé que subit le repas baryté contre la valvule, au cours du transit, et qui conditionne une stase physiologique normale, nous fait prévoir que le plus souvent la stase iléale pathologique n'apparaîtra que comme une exagération de celle-ci et comportera le même obstacle, le même siège. C'est de fait une telle stase qu'on observe dans l'immense majorité des cas. La fréquence de ce siège s'explique par celle des stases iléales dites fonctionnelles. La plus grande rareté des lésions organiques sur le trajet même du grêle que sur le cæcum et la région valvulaire en est une autre cause. Par contre, nous verrons que, bien en-deçà de la valvule, peuvent être réalisées des stases, non seulement organiques, mais encore fonctionnelles, telles que celles des hypotoniques par exemple où ce qui pèche, c'est bien plus l'apport du contenu intestinal à l'appareil pré-valvulaire de propulsion qu'un fonctionnement imparfait de cet appareil. Néanmoins, si l'on met à part les obstacles organiques haut situés sur l'iléon et qui, par la gravité de leur syndrome, se rapprochent des stases jéjunales et duodénales, le tableau clinique diffère assez peu pour que nous nous abstenions de classer les stases iléales selon leur siège.

Nous étudierons les stases selon les diverses lésions ou affections qu'elles accompagnent, et décrirons successivement des stases organiques et des stases fonctionnelles.

STASES ILÉALES ORGANIQUES

Parmi les stades iléales organiques, certaines font partie d'un tableau clinique et radiologique trop connu pour qu'il soit intéressant d'y insister.

C'est déjà le cas des stases déterminées par l'obstruction de corps étrangers de la fin de l'iléon, tels qu'entérolithes et surtout calculs biliaires. Il en est de même des stases survenant après d'importantes interventions chirurgicales pour affections suppurées de la région et où la nature des rétrécissements parfois observés sur la fin de l'iléon ne peut être mise en doute.

Nous n'insisterons pas, en particulier, sur les rétrécissements iléaux qui peuvent s'observer après une intervention pour abcès appendiculaire. Par contre, l'**appendicite aiguë** banale, opérée à sa première ou parfois à sa seconde crise, sans qu'une temporisation ait laissé l'inflammation se compliquer de lésions de voisinage et notamment de côlite, nous est apparue habituellement dépourvue de toute stase iléale au cours de l'évolution post-opératoire. Dans les quelques cas où nous l'avons néanmoins observée, toujours il s'agissait de malades venus à la consultation des maladies des voies digestives pour une affection de quelque nature, dans la règle indépendante de l'appendicite aiguë ancienne, et qui justifiait amplement la stase iléale. Il n'en est certes pas toujours de même

de ces malades qui ne se sont décidés à une appendicectomie qu'après de multiples crises aiguës, et qui ont permis à leur affection initialement bien localisée de s'accompagner de lésions péritonéales de voisinage. *La rareté de la stase iléale après une appendicite aiguë franche et précocement opérée est une constatation qui a retenu notre attention, et si nous y insistons, c'est avec le dessein d'y opposer plus loin la fréquence des stases iléales chez les malades opérés d'appendicite chronique ; nous verrons ultérieurement pourquoi celles-ci ne méritent pas, le plus souvent, d'être décrites dans le cadre des stases iléales organiques.*

Néanmoins, *une inflammation chronique de l'appendice peut s'accompagner d'un foyer de périviscérite iléo-côlique déterminant une stase organique.* Ces stases organiques, au cours d'appendicite chronique, sont infiniment plus rares que les stases fonctionnelles. Nous en apportons l'exemple suivant :

Obs. I. — Mme Leb..., âgée de 21 ans, vient consulter le 18 mai 1934 pour des troubles digestifs apparus en 1930 et dont les caractères se sont modifiés à la suite d'une grossesse qui s'est terminée en décembre 1933 par un accouchement normal.

Auparavant, elle souffrait à peu près tous les jours, presque aussitôt après le repas. Pendant 2 ou 3 heures, elle éprouvait une sensation de pesanteur abdominale, avec céphalée, somnolence, bouffées de chaleur. Son appétit était capricieux ; elle supportait mal les œufs, les graisses, le lait dont elle avait un certain dégoût.

Enfin, elle se plaignait d'une constipation habituelle et opiniâtre.

Dès le troisième mois de sa grossesse, on note une disparition totale de tous ces troubles qui réapparaissent une quinzaine de jours après son accouchement, sous forme d'une crise abdominale aiguë ayant débuté vers 2 heures du matin, en janvier 1934.

La malade réveillée brusquement par une douleur vive au creux épigastrique, se plaint de gêne respiratoire, sans doute en rapport avec les irradiations de la douleur le long des rebords costaux et plus particulièrement dans la région inter-scapulaire et l'omoplate gauches.

Douleur continue, constrictive, accompagnée de constipation pendant la semaine, mais sans vomissements. Dès le troisième jour, s'installe un ictère généralisé avec urines foncées (rétention des pigments et sels biliaires), matières décolorées, prurit. La température s'élève à 39° et s'y maintient avec quelques oscillations pendant quelques jours.

Au bout de quelques jours, les douleurs, puis l'ictère s'atténuent et disparaissent progressivement.

Mais depuis février existent à peu près tous les jours des douleurs constrictives apparaissant vers 10 ou 11 heures du soir, suivies, une demi-heure après, de vomissements et s'atténuant pendant la nuit pour disparaître au réveil.

A noter que depuis février, la constipation est opiniâtre, parfois entrecoupée de coliques abdominales terminées par une selle diarrhéique.

Des antécédents, nous retiendrons une fragilité vasculaire légère comme en témoignent les quelques épistaxis signalés par la malade, ainsi qu'une tendance aux ecchymoses.

Examen : Malade adipeuse, dont l'abdomen est douloureux à la palpation. Douleur surtout marquée à la pression profonde du quadrant supérieur droit de l'abdomen, un peu calmée actuellement par l'application de glace. Le foie qui ne paraît pas augmenté de volume est douloureux à la palpation, lors d'une inspiration profonde, sans qu'il existe de point vésiculaire bien net.

Le reste de l'examen est absolument négatif.

Le 6 juin 1934, on fait un *examen radiologique*, qui met en évidence, au cours du reflux iléal obtenu par lavement, un

gros foyer de péri-viscéríte iléo-côlique bien individualisé avec des anses iléales massées sous l'angle hépatique. Il existe une coudure du cæcum et du côlon ascendant avec rétraction ascendante du côlon droit. Sur une seconde radio-

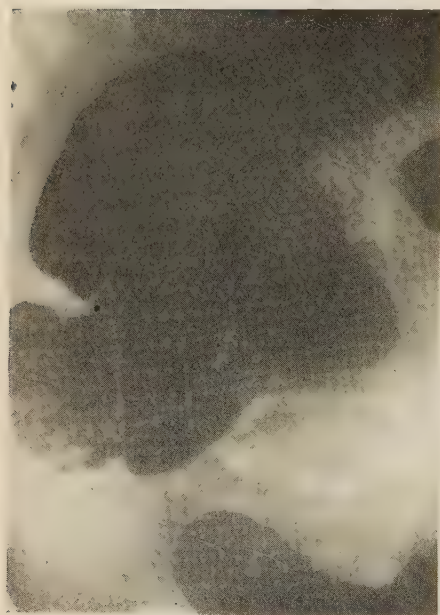


FIG. 13



FIG. 14

graphie ci-jointe, prise après évacuation partielle du lavement, cette coudure apparaît moins évidente. Le cæcum n'est pas mobile.

Au cours du transit, on retrouve l'aspect rétracté du cæco-côlon ascendant à sa partie moyenne. Il existe à la neuvième

heure une stase iléale, et pendant la durée de l'examen, on observe en position sous-cæcale une anse iléale où reste arrêtée la baryte. La terminaison elle-même du grêle n'est pas visible. La stase s'effectue en un point du parcours iléal distant de la valvule et donne l'impression d'un obstacle organique.

Après être restée un certain temps au repos au lit avec glace sur le ventre, la malade est opérée le 18 juillet 1934 et l'appendicectomie confirme la périviscérite quoique, semble-t-il, déjà très atténuée.

L'appendice long et flexueux situé dans la gouttière latéro-côlique est trouvé adhérent fortement à sa partie moyenne. Nous n'avons pas revu la malade depuis son intervention.

Le cancer lorsqu'il atteint la terminaison de l'iléon est assez rarement sténosant et dans son ouvrage sur les occlusions aiguës et subaiguës de l'intestin, Guillaume estime que la fréquence des sténoses de l'intestin grêle par cancer est de 1,4 % par rapport aux localisations sur le gros intestin.

La tuberculose iléo-cæcale détermine plus couramment une sténose iléale et il nous a été possible d'observer d'assez nombreux cas de stase iléale relevant de cette étiologie. Il s'agissait de stases très importantes, qui, comme la plupart des stases organiques, se prolongeaient très au delà des limites horaires habituellement observées dans les stases fonctionnelles, et s'accompagnaient de distension importante des anses intestinales. Outre les caractères radiologiques du cæcum, on constatait sur la terminaison de l'iléon des déformations, qu'en raison de leur persistance sur plusieurs clichés, on pouvait qualifier d'organiques, sans y trouver pourtant à n'envisager que l'iléon, d'ar-

gument net pour l'étiologie tuberculeuse. Nous n'exposerons guère ici les observations des diverses tuberculoses iléo-cæcales que nous avons examinées, car c'est peut-être dans cette affection que la stase iléale a été la plus étudiée. Nous nous contenterons d'en apporter ici une seule observation recueillie dans le service de notre Maître, le Professeur agrégé Cathala, et intéressante parce que sa symptomatologie fut fruste et nous conduisit à un examen radiologique, uniquement par les signes cliniques de stase iléale qu'elle comportait. Nous étions assez convaincu à l'avance de pouvoir la confirmer radiologiquement, mais nous ne nous attendions pas à ce que les films nous imposent le diagnostic de stase organique.

Obs. II. — Mme Chi..., 27 ans, employée dans une boulangerie, vient consulter le 27 juin 1934, parce que, quelques jours avant, elle a brutalement éprouvé vers 5 heures du matin une douleur abdominale. Elle avait mangé la veille beaucoup plus que de coutume, et ingéré des fruits en abondance. Cette douleur vive, siégeant un peu au-dessous et à gauche de l'ombilic, était accompagnée de vomissements bilieux répétés. Elle s'est atténuée progressivement les jours suivants.

Il y a, en réalité, 10 ans déjà que la malade a commencé à accuser certains troubles. Il s'agissait de céphalées fréquentes, de digestions difficiles, de somnolence après les repas, et d'envies de vomir après l'ingestion notamment de sauces ou d'aliments gras. Ces troubles n'étaient qu'intermittents, n'apparaissant que par périodes de quelques jours, mais assez rapidement s'y sont ajoutés du ballonnement du ventre avec gargouillements abdominaux nombreux.

Il y a 3 ans, la malade, pendant une période de plusieurs mois, a eu 2 ou 3 selles liquides, par jour, et cette diarrhée avait généralement un caractère post-prandial. Elle a pro-

gressivement disparu, mais les autres troubles, céphalée, digestions difficiles, ballonnement abdominal, somnolence postprandiale persistent. Ils s'exagèrent l'an dernier, et la fatigue, la pâleur de son visage décident la malade à prendre six semaines de repos ; la même symptomatologie persiste jusqu'à l'époque actuelle, avec des périodes d'exagération manifeste.

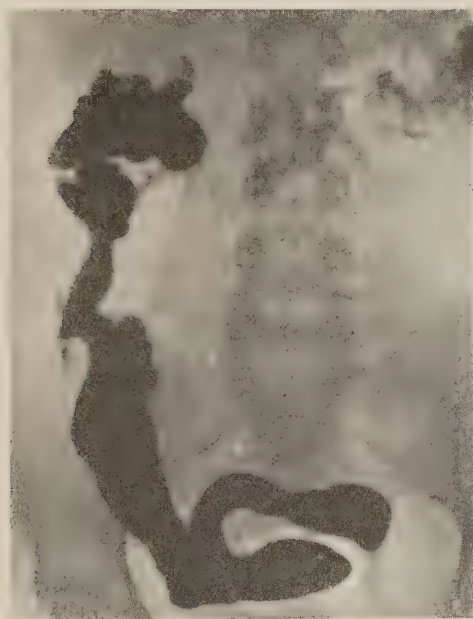


FIG. 15

A l'examen, on trouve une certaine pâleur des téguments et des muqueuses qui, malgré la discrétion des troubles fonctionnels, invite à une exploration soigneuse, et malgré la résistance de l'intéressée qui ne se trouve pas assez malade pour cela, on obtient qu'elle se fasse hospitaliser pour pou-

voir mieux pratiquer les examens complémentaires qui nous paraissent nécessaires.

— La température est de 37°7. Le pouls à 70 ; la tension de 11-6.

L'examen de sang infirme l'idée d'anémie.

— Le ventre apparaît un peu ballonné, légèrement sensible à la pression dans la partie gauche de l'épigastre et dans l'hypocondre gauche. La fosse iliaque droite est souple, et par comparaison, la région sous-hépatique apparaît simplement plus difficile à palper sans qu'on ose dire qu'elle présente un caractère anormal.

Notre attention étant attirée par quelques signes fonctionnels qui éveillent en nous l'idée d'intoxication intestinale, nous recherchons d'emblée l'existence d'une stase iléale. Les résultats dépassent nos prévisions : après vacuité gastrique dans les délais normaux, on trouve à la neuvième heure, une stase iléale, se présentant avec les caractères de stase organique, par son importance, sa durée, l'inefficacité des contractions de l'anse iléale terminale, les irrégularités surtout de celles-ci retrouvées sur plusieurs clichés, la dilatation enfin de la portion de l'intestin grêle précédant l'anse anormale. Le cæco-côlon ascendant présente une position haute que plusieurs clichés de face et de profil, après lavement baryté, expliquent par un véritable recroquevillement, amenant le bas-fond cæcal vers le haut de sorte que l'iléon débouche sur le bord externe du cæcum. L'ensemble est absolument fixe, mais non douloureux.

En raison de la longue durée de l'affection, cette stase iléale organique est mise sur le compte d'une périviscérite dont une appendicite ancienne nous paraît responsable.

L'intervention confirme la topographie iléo-côlique reconnue par la radiographie, mais, malgré la longue durée de l'affection et la discrétion de ses symptômes, c'est d'une tuberculose iléo-cæcale indiscutable qu'il s'agit.

Cette observation prouve qu'en présence de stase organique chez un malade se présentant avec un ta-

bleau clinique faisant penser à une appendicite chronique, il importe, avant toute intervention, de faire de sérieuses réserves. La tuberculose iléo-cæcale peut simuler un tel tableau. Le caractère organique de la stase iléale est une raison de plus de la redouter.

Les affections utéro-ovariennes sont capables d'avoir sur l'appendice et le sigmoïde un retentissement bien connu: l'intestin grêle peut être lui-même pris dans les réactions péritonéales de voisinage qu'entraînent souvent des inflammations annexielles; et, de véritables stases iléales organiques peuvent, à leur suite, se développer. Nous en apportons une observation, où, malheureusement, l'épreuve du transit iléal n'a pas été pratiquée, mais à laquelle la netteté des signes cliniques qui ont permis à l'avance de prévoir une sub-occlusion de l'intestin grêle confirmée par l'intervention, donne par contre un certain intérêt.

Obs. III. — Mme R... consulte pour des crises alternatives de diarrhée et de constipation avec ballonnement abdominal, gaz nombreux, et phénomènes d'intoxication intestinale: vertiges, insomnie, fatigue cérébrale. Ces troubles résistent depuis 4 ans au traitement médical. L'examen radiographique montre un côlon gauche spasmé, avec siphon, qui semble adhérer dans la région annexielle gauche.

Une salpingite gauche dont a toujours souffert la malade depuis 15 ans apparaît comme la cause de l'atteinte sigmoïdienne, et l'intervention est décidée: Le côlon gauche y est trouvé normal dans sa forme, sa longueur, son volume, mais adhérent à un reliquat fibreux de salpingo-ovarite ancienne. On fait une hystérectomie subtotale et une libération du sigmoïde. A droite, au milieu de formations péritonéales lamel-

leuses, péricæcales, on trouve un appendice filiforme, d'aspect blanchâtre, scléreux, qu'on enlève.

La malade continue à présenter après l'intervention de nombreux troubles pour lesquels on tend à incriminer le fait qu'elle a eu un régime alimentaire imprudent et a quitté le lit trop tôt après l'intervention. Elle souffre du côté gauche du ventre au-dessus de la région opérée, et n'obtient un fonctionnement intestinal qu'au moyen de belladone, huile de paraffine et lavements d'huile. Un nouvel examen radiologique du sigmoïde ne montre guère de rétrécissement et d'anomalie.

Après une amélioration passagère par une cure à Châtel-Guyon, la malade se plaint à nouveau d'une sensation d'obstacle dans la partie gauche du ventre, avec gonflement abdominal, et obtention difficile de selles. Ces sensations douloureuses irradient jusque dans le dos. A ce moment, la malade attire particulièrement l'attention sur une série de symptômes qui font suspecter l'atteinte de l'intestin grêle: Insomnie, migraines, vertiges, dégoût des aliments, ces troubles n'étant que passagèrement atténués par les lavages intestinaux. La malade décrit notamment une cénestopathie particulière, une sorte de sensation angoissante qu'une occlusion va se produire. Elle insiste sur le fait qu'elle a la sensation d'un ventre jamais vide. Enfin, un teint gris sale du facies s'affirme de plus en plus.

Malgré l'incertitude sur les suites que peut avoir une seconde opération, la conviction que l'intestin grêle est atteint, décide à l'intervention. On trouve d'énormes adhérences des anses grêles entre elles, à l'épiploon, à la paroi du ventre, et dans le fond du petit bassin jusqu'à la vessie. Ces adhérences masquent complètement le sigmoïde. Elles sont encore demi-chaudes, et semblent préparer nettement une occlusion prochaine. Leur décollement est très laborieux. Lorsqu'on découvre le sigmoïde, il apparaît entouré de multiples adhérences et présente une paroi déjà très épaisse et indurée.

Maintenue 4 mois au lit et à un régime alimentaire très surveillé, la malade a retrouvé, maintenant, après cette se-

conde intervention, un meilleur fonctionnement intestinal et son amélioration semble progressivement s'affirmer.

Outre les symptômes de stase iléale qui s'en dégagent, cette observation montre la difficulté qu'on éprouve à tirer de l'examen radiologique un renseignement sur la périviscérite. Elle montre en outre combien une intervention, destinée à libérer une anse intestinale d'une adhérence inflammatoire de voisinage, doit s'entourer de précautions pré et post-opératoires. Un lever trop précoce, une alimentation défectueuse, l'absence de soins médicaux après l'opération, risquant de lui enlever tout le bénéfice que, dans de bonnes conditions, on est en droit d'en attendre.

Les brides, torsions, adhérences, membranes, etc... ont été incriminées comme des facteurs mécaniques fréquemment en cause dans les stases iléales apparaissant primitives. Les travaux de Lane qui développèrent ces notions eurent le mérite d'attirer l'attention sur la stase iléale. Pour lui, une distension du cæcum entraîne sa chute et à celle-ci s'opposent les adhérences péritonéales : les unes fixent le cæcum en arrière et en dehors, et, parmi elles, l'adhérence de la base de l'appendice formera un véritable ligament tordant sa portion fixe sur sa portion mobile. L'autre branche du parallélogramme des forces de résistance serait formée par un épaississement du mésentère séparant la majeure partie de l'iléon, de ses cinq derniers centimètres, qui tendent à suivre le cæcum dans sa chute, et jouent le rôle de ligament interne du cæ-

cum. Il en résulterait, quelques centimètres en amont de la valvule, une réduction de la lumière de l'iléon et une cause très fréquente de stase iléale. L'association fréquente de l'appendicite expliquerait qu'après l'appendicectomie, la persistance de la bride iléale conditionne les troubles qu'on voit si souvent se prolonger malgré l'intervention.

Pour notre part, nous avons, au contraire, été frappé même dans le cas où les signes nous la faisaient croire très probable, de trouver radiologiquement la stase iléale avec plus de rareté lorsque nous constatons un cæcum bas situé. Parmi les rapports qu'on peut tenter d'établir entre la stase iléale et les anomalies topographiques du tube digestif dans la région iléo-cæcale, c'est de beaucoup celui qui a fixé notre attention. Chez les sujets, maigres de constitution, qui ont si souvent un cæcum bas-situé, la stase iléale, en des circonstances pathologiques semblables, est beaucoup moins fréquente que chez d'autres sujets. *Les cæcums distendus s'accompagnent bien plus souvent de stase iléale lorsqu'on les trouve HAUT SITUÉS*, et cette constatation nous semble si nette qu'on peut l'opposer avec force à la théorie de Lane. Que des brides iléales soient trouvées fréquemment à l'intervention, nous l'admettons, mais plutôt que de les expliquer par une simple théorie mécanique, nous y voyons plus volontiers la conséquence d'une inflammation du mésentère, d'une mésentérite rétractile, que la constatation adjacente de ganglions enflammés et de vascularisation intensifiée vient généralement confirmer. L'école

de Case et de Kellogg ne pense d'ailleurs pas que la stase iléale, hormis quelques cas exceptionnels, puisse résulter de tels obstacles mécaniques. Case a notamment étudié 3.000 malades avant que ne soit pratiquée une laparotomie pour cause variable et il a confronté les résultats radiologiques et les constatations opératoires. Bien souvent des bandes, des torsions de l'iléon et du côlon, et notamment des adhérences de l'iléon terminal et du côlon existaient dans des cas où la stase intestinale n'avait pu être suspectée ni par les investigations cliniques, ni par les investigations radiologiques.

Il est, d'autre part, reconnu que dans bien des cas ces brides, ces bandes, ne s'écartent guère des dispositions anatomiques normales.

Dans les cas exceptionnels où une bride pathologique crée une obstruction réelle de l'iléon, elle réalise une stase en deçà de son siège sur l'intestin, et non en deçà de la valvule.

Pour notre part, parmi les malades que nous avons fait opérer en croyant qu'une ablation de l'appendice, peut-être enflammé, rendrait plus efficace le traitement médical que nous avons institué contre leurs troubles intestinaux chroniques, nous n'avons eu que deux fois l'occasion de voir de légères adhérences d'un appendice sur l'iléon ou une bride iléale qui puissent se rapprocher de ces hypothèses mécaniques invoquées à l'origine de la stase. Ces observations ne sont pas faites pour entraîner sur ce point notre conviction:

Obs. IV. — Mme Mill..., âgée de 31 ans, entre à l'Hôpital Bichat, le 9 octobre 1933, pour des troubles digestifs datant de quatre ans. Elle a commencé par accuser des douleurs sans siège fixe quoique prédominant à l'épigastre, d'irradiations variables, douleurs presque continues, avec des paroxysmes nocturnes. Ces douleurs s'accompagnaient de vomissements survenant surtout le matin, glaireux, très acides, calmant les phénomènes douloureux. Il n'y a jamais eu de sang dans ces vomissements. Ces douleurs évoluaient par crises de 8 à 10 jours, avec des intervalles variables, de plusieurs mois parfois.

Il n'y a aucun antécédent éloigné qui soit particulièrement à noter.

Actuellement, l'état général est défectueux : il y a un léger amaigrissement, le facies présente une coloration jaune sale. La température est aux environs de 37°8. La fosse iliaque droite est douloureuse : il semble même y exister une très légère défense de la paroi.

On s'assure néanmoins par plusieurs clichés radiographiques de l'intégrité de l'estomac et de la vésicule. Le duodénum reste petit, ne se remplissant jamais bien au cours de l'examen. On n'y trouve pas d'image d'ulcus. L'épreuve de Meltzer-Lyon, au cours du tubage duodénal, donne une réponse vésiculaire normale. Après lavement baryté, la radiographie montre un aspect du côlon normal. L'étude du transit, après ingestion de baryte, montre qu'à la cinquième heure, l'estomac est vide, tandis que le cæcum commence à s'injecter. A la neuvième heure, il existe une stase iléale importante, remplissant les dernières anses de l'intestin grêle jusqu'à la valvule. Le cæcum est sensible, mais se mobilise largement avec chaque mouvement respiratoire. Il ne présente pas de point électivement douloureux. Toute la partie terminale de l'iléon est sensible à la palpation, lorsqu'on la roule sous les doigts.

En mars 1934, les mêmes troubles persistent malgré le traitement médical. On retrouve une stase iléale aussi marquée.

Après avoir laissé la malade quelque temps au repos au lit, on conseille une appendicectomie. L'appendice apparaît ma-

croscopiquement sain. Il croise, en remontant vers le haut, la face antérieure de l'iléon à quelques centimètres de sa terminaison. Malgré qu'il n'y ait pas adhérence intime entre lui et l'iléon, on constate néanmoins, après l'ablation, qu'il persiste sur la face antérieure de l'intestin grêle, un sillon net marquant le lit de l'appendice et dont les bords restent rouges et injectés.

L'examen histologique de l'appendice montre une légère atrophie des follicules, une sclérose importante de la musculuse et de la sous-muqueuse : la musculuse est, notamment, remplacée complètement en certains endroits par du tissu conjonctif. Il existe aussi une sclérose importante du méso. Bref, des modifications microscopiques telles que, comme dans maintes appendicites chroniques, on hésite à y voir la cause des troubles accusés par la malade.

En avril 1934, quelques semaines après l'intervention, la malade présente une amélioration considérable. Il n'existe plus guère que quelques très vagues sensations douloureuses de la région épigastrique, qui, aux dires de la malade, ne sont en rien comparables aux douleurs qu'elle présentait auparavant. Cette amélioration s'est, depuis, confirmée. La stase iléale n'a plus été retrouvée radiologiquement.

Nous croyons volontiers que le contact anormal d'un appendice autrefois malade et de l'iléon était la cause de la stase iléale constatée, et l'évolution clinique, la disparition radiologique sont en faveur de cette interprétation. Le fait même que la baryte ne stagnait pas dans l'iléon en-deçà du point de contact avec l'appendice, mais s'étalait jusqu'à la valvule, nous fait penser qu'il ne s'agissait pas là de stase organique, mais d'une stase fonctionnelle due à une iléite terminale qu'entretenait peut-être l'état appendiculaire.

L'observation suivante, par l'absence de stase radiologique de l'iléon avant l'intervention, s'oppose en-

core à la conception d'une stase iléale fréquemment mécanique par bride iléale.

Obs. V. — Mlle H..., 25 ans, vient consulter le 26 juillet 1932 pour des douleurs de la fosse iliaque droite et une constipation chronique tenace. Il y a 3 ans, à la suite d'un accouchement, est apparue une métrite, et depuis un mois, tandis que les pertes blanches devenaient plus abondantes, des douleurs du bas-ventre, du côté gauche sont apparues, à type de pesanteurs, d'horaire irrégulier, s'exagérant à la fatigue. Depuis trois jours, la douleur du côté gauche est disparue, mais une douleur plus violente est apparue du côté droit, accompagnée de nausées.

L'état général est assez satisfaisant. Il n'y a pas de température.

A l'examen, la fosse iliaque gauche est légèrement douloureuse dans la partie basse au-dessus de l'arcade. La fosse iliaque droite présente au point de Mac Burney une douleur plus nette, mais non exagérée par la pression, au cours de la flexion de la cuisse sur le bassin. Le col utérin a un aspect métritique. Le toucher vaginal révèle un point douloureux exquis au fond du cul-de-sac droit, sans qu'on y perçoive de masse anormale.

La malade est revue le 13 avril 1934, n'accusant qu'une accentuation de ses troubles et ayant maigri de 4 kilogs.

On fait alors une radiographie du côlon après lavement baryté : le lavement est bien supporté, non douloureux. L'aspect du côlon est régulier.

L'étude du transit montre, après vacuité gastrique à la cinquième heure, l'absence de stase iléale à la neuvième heure. Le cæcum présente sur son bord interne un point électivement douloureux qui paraît correspondre à la zone d'implantation de l'appendicé invisible.

En l'absence d'efficacité du traitement médical et malgré l'absence des signes radiologiques habituellement accordés à l'appendicite chronique, on décide l'appendicectomie.

On trouve un appendice rétro-cæcal, d'apparence extérieu-

re, peu altéré. On constate en outre sur l'iléon à 6 centimètres de sa terminaison un spasme répondant à l'extrémité d'une petite bride dont le point de départ est au voisinage de l'implantation appendiculaire. Section de la bride. Appendicectomy.

L'examen microscopique de l'appendice a montré une forte dilatation de sa cavité avec présence de polynucléaires. Il existe une polynucléose vasculaire et une dilatation lymphatique au niveau des follicules. Œdème et infiltration mononucléaire du chorion. Dans la région de la pointe, lésions moins aiguës et sclérose importante du chorion sous-muqueux. En résumé, petit abcès intra-cavitaire.

La malade a été examinée à nouveau le 29 août 1934 sur notre demande. Ses troubles douloureux avaient disparu. Le cæcum persistait sensible à la pression sous écran. On constatait encore l'absence de stase iléale.

Soulignant déjà en passant l'absence de stase iléale au cours de cette atteinte nette de l'appendice, s'étant présentée sous l'aspect de l'appendicite chronique, nous retenons surtout ici son absence malgré l'existence d'une bride iléale constatée à l'intervention.

Concordances et discordances anatomiques et radiologiques dans les stases iléales.

L'étude des stases iléales organiques nous amène à exprimer les discordances que nous avons fréquemment observées entre les résultats de nos premiers examens radiologiques et les constatations opératoires.

Lorsqu'établissant le diagnostic de stase iléale fonctionnelle avec arrêt au niveau de la valvule, nous

étions amené à confier nos malades au chirurgien, jamais l'intervention n'a montré une stase iléale organique, et infirmé notre diagnostic.

Il n'en a pas été de même lorsque nous avons fait opérer nos malades, en pensant faire lever l'obstacle d'une stase organique. Bien souvent il ne s'agissait que de stase iléale fonctionnelle.

L'abus du terme de pérityphlite n'a pas été étranger à maintes de ces erreurs. Il s'agissait fréquemment de malades chez lesquels ce diagnostic avait été porté cliniquement, et nous pensions en trouver confirmation pour peu que radiologiquement le cæcum apparaisse d'aspect spongieux, dilaté et diminué de mobilité. En fait, l'aspect mousseux, flou, du cæcum, n'est souvent conditionné artificiellement que parce que la persistance de matières s'oppose au parfait remplissage. Au surplus, il constitue un signe de côlite plus que de péricolite. La dilatation du cæco-ascendant qui traduit une atonie de ses parois musculaires demande dans son interprétation bien des réserves et, lorsqu'elle est légère, on peut se demander si n'intervient pas une trop forte pression du lavement ou un anti-péristaltisme réflexe refluant vers le cæcum avec une force inaccoutumée.

Quant à la diminution de mobilité du cæcum, elle peut répondre à une disposition congénitale et est souvent constatée chez des sujets qui, à l'intervention, ne présentent aucune trace de pérityphlite.

Tablant néanmoins sur ces signes radiologiques, nous étions souvent amené à confirmer le diagnostic

de pérityphlite et, en présence d'une stase iléale, à parler de stase organique par péri-iléo-typhlite. Ce diagnostic nous paraissait parfois appuyé par l'aspect difficilement dissociable des dernières anses iléales, observé au cours du transit, ou au cours d'un reflux par lavement baryté. En fait, il nous est arrivé fréquemment que les dernières anses iléales nous apparaissent, au cours du lavement, comme fixées dans la région sous-hépatique, en dedans d'un énorme cæcum, et que le transit nous donne la surprise d'observer au contraire une anse iléale normale, bien déroulée, se jetant dans un cæcum d'aspect lui-même normal et présentant sa mobilité habituelle, que par la distension du lavement il semblait avoir perdue.

L'étude du côlon par lavement présente des avantages certains; néanmoins, nous croyons que, bien souvent, pour une étude du cæcum, on ne peut se passer de son examen par transit. Mais même dans les cas où les deux méthodes conjuguées d'examen nous étaient apparues en faveur du diagnostic de pérityphlite, dans la règle le chirurgien trouvait un cæcum d'aspect extérieur normal, sans la moindre adhérence pathologique. Nous croyons donc que le terme de pérityphlite, et d'une façon générale, de péricolite est souvent employé de façon abusive. Les douleurs en regard du cæcum qui amènent trop fréquemment à ce diagnostic ne semblent guère correspondre qu'à des inflammations de la paroi cæcale, du méso et de ses filets nerveux, bien plutôt qu'à des fixations cica-

tricielles, lesquelles ne sont par elles-mêmes que temporairement douloureuses.

Il nous est arrivé aussi de penser à une stase d'ordre organique parce que l'étude côlique par lavement baryté avait montré un cæcum haut situé, comme recroquevillé sur lui-même, ou simplement court. L'étude du transit nous montrait un amas pelvien que nous interprétions comme exclusivement iléal et que nous pensions séparé du haut cæcum par une zone spasmée iléale, invisible. Une radiographie de cette image du transit nous précisait alors que dans l'amas pelvien de baryte, il y avait en réalité pour une part le bas fond cæcal, qu'au cours du lavement comme du transit, un spasme de la partie moyenne du cæco-ascendant, séparait de l'angle colique hépatique. Que de fois, d'ailleurs, l'étude du transit nous a fourni des images auxquelles nous ne pouvions nous attendre à en juger par celles du lavement baryté.

Lorsque l'arrêt iléal de la baryte siège à quelques centimètres de la valvule, il ne faut pas faire d'emblée l'hypothèse d'une lésion organique sur l'anse termino-iléale. Le tonus de l'appareil musculaire pré-valvulaire est parfois tel qu'à certains moments il n'admet pas la moindre particule de baryte. Il faut revoir le malade quelques instants après pour éviter cette erreur facile sur le siège même de la stase.

Il est des circonstances où l'on peut avancer, selon nous, que le diagnostic de stase iléale organique sera en concordance avec les constatations opératoires.

Nous les grouperons par éléments de certitude et éléments de présomption, par ordre d'importance décroissante. Comme éléments de certitude, nous comptons, en présence d'une stase :

— La déformation avec aspect irrégulier, déchiqueté, des contours de l'anse iléale, en un point toujours le même à plusieurs examens.

— L'arrêt constant du train baryté à un point iléal qui n'est pas la valvule et est toujours le même à plusieurs examens.

— La dilatation très importante de l'anse iléo-terminale. Cette dilatation prend plus de valeur encore dans le cas où, en rapport avec un obstacle distant de la valvule, elle se produit en amont d'une anse iléale déformée. Les dilatations modérées nous apparaissent sans valeur, à moins qu'elles soient constantes au même point à plusieurs examens.

Ce n'est que comme éléments de présomption que nous envisageons :

— La longue durée de la stase, au delà de la quinzième heure.

— Et, dans le cas de sténose organique de siège valvulaire, le grand espacement des contractions de l'appareil propulseur pré-valvulaire. L'aspect anormal de ces contractions et leur degré insuffisant d'efficacité ont, à nos yeux, plus d'importance pour diagnostiquer la stase que pour discerner son caractère organique ou fonctionnel.

Fréquence des stases iléales organiques.

Les causes mécaniques qu'on peut invoquer à l'origine des stases iléales nous apparaissent, contrairement à Lane, comme assez rares. La tuberculose iléo-cæcale, les réactions péritonéales inflammatoires qui accompagnent des poussées aiguës appendiculaires fréquemment répétées et des affections annexielles sont les moins exceptionnelles. Dans le cas particulier des infections appendiculaires chroniques, le caractère organique de la stase est rare, même lorsqu'on était tenté de le croire par les signes radiologiques.

Bref, on peut dire que les stases organiques, intéressantes pourtant quant au diagnostic de l'affection qu'elles aident à faire porter, s'effacent devant la fréquence des stases iléales fonctionnelles.

STASES ILEALES FONCTIONNELLES

Le terme de stases iléales fonctionnelles nous oblige à nous excuser, car parmi les cas que nous allons grouper sous ce titre et notamment parmi ceux que ne peut expliquer un réflexe parti d'une affection à distance ou de voisinage, nous nous rendons bien compte, d'après d'autres, qu'il en est certainement dont on trouvera le substratum anatomo-pathologique. Nous ne les plaçons jusqu'ici hors des stases organiques que par ignorance de leur cause véritable, et nous y reviendrons.

Nous envisagerons successivement ces stases iléales fonctionnelles dans le groupe des appendicites chroniques, des colites, des affections vésiculaires, puis les stases par atonie.

LA STASE ILÉALE AU COURS DES APPENDICITES CHRONIQUES

La stase iléale a été avancée comme signe radiologique de l'appendice chronique et MM. P. Jacquet et Gally en ont montré la fréquence. Ils estiment que si l'existence d'un point douloureux au bord interne du cæcum représente un signe capital dans le diagnostic radiologique de l'appendicite chronique, la certitude ne peut être acquise que s'il existe à l'écran un syndrome associé traduisant l'état de souffrance du carrefour inférieur et révélant la participation, au processus réactionnel, du côlon droit lui-même et de la zone sphinctérienne iléo-cæcale. Ce syndrome associé consiste pour eux en une stase iléale à la sixième heure avec fragmentation péristaltique de l'iléon terminal sous forme de taches séparées et effacement permanent ou intermittent des derniers centimètres de l'intestin grêle. Il consiste, en outre, en l'aspect rétracté du cæcum, avec une profonde incisure de son bord externe exactement en regard du point douloureux.

Nous avons déjà exprimé plus haut le caractère banal de l'incisure externe du cæcum en regard de la valvule, et avancé l'opinion qu'au cours du fonctionnement normal de l'appareil iléo-cæcal, il est fréquent et, pour nous, physiologique, d'observer en ce point une contraction du cæco-côlon se traduisant par

une incisure externe et même interne, et ne correspondant qu'à l'apparition normale d'un tonus des fibres circulaires coliques qui tendent à maintenir la valvule fermée, en dehors des brèves intermittences où elle se laissera ouvrir par l'onde de propulsion descendante venant de l'antra prévalvulaire. Qu'au cours des états d'irritation du côlon droit et que parallèlement à des stases iléales fonctionnelles, une hypertonie du cæcum puisse se traduire par une incisure plus marquée que de coutume et même par un véritable aspect de biloculation du cæco-côlon, de plus de valeur à nos yeux, nous le pensons volontiers, mais nous croyons qu'entre l'état physiologique normal et l'état pathologique qui n'apparaît que comme son exagération, il n'y a là qu'une question de degré et que dans la majorité des cas il est difficile d'en tirer parti dans le diagnostic de l'appendicite chronique. De plus cette exagération ne répond qu'à un état de typhlite qui peut aller sans lésions appendiculaires.

La stase iléale nous semble un état pathologique qu'il est plus facile de juger, et quelles que soient les critiques qui ont été faites au syndrome de notre maître le Docteur Jacquet, on lui doit, nous semble-t-il, une grande reconnaissance d'avoir attiré l'attention sur la fréquence de la stase iléale au cours des appendicites chroniques. Pour notre part, craignant de mêler l'état normal à l'état pathologique, nous n'avons, dans notre étude globale, qu'étudié la stase iléale à la neuvième heure. Jamais nous n'avons recherché la

stase à la fin de la sixième heure comme notre maître le Docteur Jacquet, et, nous plaçant sur un terrain différent d'appréciation, notre intention n'est donc pas de confirmer ou d'infirmer l'argument qu'il y a trouvé dans le diagnostic de l'appendicite chronique. Nous ne faisons qu'apporter les constatations que nous a permis une recherche systématique de la stase iléale à partir de la neuvième heure.

Dans le problème de l'appendicite chronique qui a donné lieu à tant de controverses, nous estimons que la recherche de la stase iléale à la neuvième heure est d'intérêt primordial, mais nous ne pensons pas qu'elle serve au diagnostic même de l'appendicite chronique. Elle n'est à nos yeux, en présence d'une appendicite soupçonnée, qu'un élément, mais, il est vrai, très intéressant qui nous aidera quant à l'attitude thérapeutique à adopter. A côté des discussions théoriques, n'est-ce pas, après tout, le point de vue thérapeutique qui importe essentiellement.

L'existence de l'appendicite chronique a été abondamment discutée. Nous dirons tout de suite, pour être clair, que nous croyons formellement que l'appendicite chronique peut exister isolée, véritable entité clinique, à côté des cas, certes plus nombreux, où elle est associée à une typho-côlite.

Nous avons, ces deux dernières années, observé, fait opérer, et suivi après l'intervention, un grand nombre de malades présentant ce syndrome clinique d'appendicite chronique. Lorsque le traitement médical n'améliorait pas ces malades présentant une douleur

radiologiquement située sur l'appendice — le plus souvent sur sa base d'implantation, — nous les avons fait opérer et nous avons tenu compte des résultats anatomiques et microscopiques de l'appendice enlevé, ainsi que de l'évolution clinique post-opératoire.

Dans notre décision d'intervention, nous n'avons pas initialement tenu compte de l'existence ou non de la stase iléale ou de l'incisure du bord externe du cæcum. Nous avons été amené à douter de leur valeur parce que — pour beaucoup d'autres malades examinés dans l'obscurité de la salle de radiologie, il était trop fréquemment arrivé que, sur la constatation de ces signes radiologiques nous déclarions l'appendicectomie indiquée et que les malades nous répondent que cette opération était déjà faite depuis plusieurs années.

I. — Les appendicites chroniques sans stase iléale.

A. — Les cas indiscutables.

Dans un premier groupe de nos malades, l'appendice enlevé nous a montré des lésions microscopiques indiquant son atteinte indiscutable et l'appendicectomie a amené une amélioration évidente, nous dirions mieux la guérison. Ce criterium histologique et ce criterium clinique de guérison n'apparaissent, certes, que rarement conjugués, mais leur association a l'intérêt de démontrer dans ces cas, sans discussion aucune, l'opportunité de l'appendicectomie. Chez au-

cun de ces malades, il n'existait de signes cliniques et radiologiques de côlite. Dans aucun de ces cas, et nous y insistons, **il n'existait pas de stase iléale.**

Nous avons déjà présenté une observation (l'observation V) répondant à ces conditions et, plus haut citée en raison de la bride iléale qu'elle comportait et qui, de toute évidence, n'intervenait pas dans les troubles de la malade. Il n'y avait pas de signe de côlite, il n'y avait pas de stase iléale, et pourtant l'appendice présentait un petit abcès intra-cavitaire qui s'écarte des lésions histologiques si discutables qu'on observe dans tant d'autres cas. La malade souffrait depuis 3 ans, l'appendicectomie l'a très rapidement et totalement guérie.

Nous citerons encore cinq observations analogues :

Obs. VI. — M. Hou..., 18 ans, électricien, vient consulter le 13 avril 1934 pour des troubles digestifs ayant débuté un mois auparavant. Il s'agit d'inappétence, de nausées, de digestions lentes et difficiles, et de douleurs de la fosse iliaque droite, d'abord irrégulières et légères, puis maintenant plus intenses et presque continues. L'état général est bon. Il n'y a guère d'antécédent particulier à noter. L'abdomen est uniformément sensible à la palpation, mais cette sensibilité prédomine néanmoins dans la région appendiculaire. Rate et foie sont normaux.

— Le lavement baryté montre un dolichocôlon sigmoïdien, une coudure du côlon transverse dans la région sous-hépatique, un cæcum douloureux.

— L'étude du transit montre que l'estomac est vide à la cinquième heure. A la neuvième heure, la tête du repas est déjà très avancée, dessinant même nettement le dolichocôlon sigmoïdien. Tout le cadre côlique est injecté sauf les deux tiers supérieurs du côlon ascendant. Le cæcum est bien in-

jecté et ne présente en regard de la valvule iléo-cæcale aucune incisure. Il est sensible dans son ensemble, sans douleur particulièrement prédominante dans la zone d'implantation de l'appendice. L'appendice n'est pas visible. Il n'y a pas de stase iléale. C'est en palpant la région elle-même de la valvule et en faisant rouler sous le doigt, en dedans du cæcum, une corde qui, malgré son invisibilité, semble bien répondre au dernier segment iléal qu'on obtient avec netteté le maximum de douleur.

La persistance des douleurs dans la fosse iliaque droite conduisait à penser, en raison de l'insuccès du traitement médical, que l'appendicectomie améliorerait peut-être l'état du malade. Malgré l'absence des signes radiologiques habituellement décrits dans l'appendicite chronique, on décide de faire pratiquer l'appendicectomie.

Incision de Mac Burney. Dissociation du grand oblique, du petit oblique et du transverse. Ouverture du péritoine. Le cæcum est haut situé, très adhérent dans la profondeur. Il est difficile à extérioriser. On agrandit l'incision vers le bas. L'appendice est rétrocæcal, la pointe adhérente dans la profondeur, un peu rouge, un peu turgescente, alors que la base est normale.

L'examen microscopique de l'appendice montre un appendice nettement malade. La lumière est peu distendue, la muqueuse est conservée avec des follicules un peu hyperplasiques, mais on constate surtout que la sous-muqueuse et la musculuse sont très hypertrophiées. Il existe dans la sous-muqueuse une sclérose très importante et une polynucléose intravasculaire considérable. On constate de nombreux manchons monocytaires périvasculaires et même, en un point, un micro-abcès avec fibrine et polynucléaires. Cet examen microscopique donne l'impression d'une poussée subaiguë sur un appendice chronique.

Pendant les quelques semaines qui suivent l'intervention le malade reste très fatigué, sans appétit, se plaignant de ballonnement abdominal et de vomissements dès qu'il essaie de manger. Il accuse aussi, après les repas, des coliques abdo-

minales. Enfin, existe une constipation que ne peut faire céder l'usage de nombreux laxatifs.

On revoit le malade le 15 juin 1934. Considérant que le régime alimentaire très prudent, institué depuis l'intervention, ne permet pas le rétablissement de la santé du malade, on estime que le dolichocôlon sigmoïdien a peut-être une part dans la symptomatologie persistante, et l'on institue un régime sans farineux, et de grands lavages intestinaux.

Le malade revient le 10 septembre nettement amélioré, l'appendicectomie ayant eu le temps de manifester ses résultats heureux, le régime sans farineux ayant eu aussi, peut-être, l'avantage de combattre les troubles déterminés par le dolichocôlon. Le malade n'accuse plus que quelques vagues douleurs post-prandiales et des digestions un peu pénibles. Il semble néanmoins que la sévérité du régime sans farineux ait déterminé une légère cœlite : le malade a trois ou quatre fois par semaine des selles liquides, la fosse iliaque droite donne à la palpation du gargouillement, le côlon gauche est spasmé, donnant une corde nettement sensible lorsqu'on la roule sous le doigt.

Une seconde étude du transit est à ce moment pratiquée. L'estomac est vide à la cinquième heure. A la neuvième heure, la majeure partie de la baryte est déjà dans l'ampoule rectale et le sigmoïde. Le côlon transverse et le côlon descendant sont vides ; le côlon ascendant n'est que légèrement injecté. Un tiers de la baryte ingéré se trouve dans le bas-fond cæcal et surtout dans la dernière portion du grêle : il y a une stase iléale qui n'existait pas lors de la première étude du transit.

Bref, appendicite chronique sans stase iléale. Lésions histologiques indiscutables. Amélioration clinique. Une cœlite apparaît secondairement et, cette fois, une stase iléale apparaît avec elle.

Obs. VII. — M. Pesch... L., âgé de 26 ans, est envoyé dans un service de chirurgie le 11 juin 1934, par son médecin qui

le soigne depuis 3 ans pour des crises douloureuses abdominales, ayant débuté assez brusquement.

Evolution par crises douloureuses de 15 jours à 3 semaines séparées par des périodes de calme de 8 à 10 mois. Il s'agit de douleurs généralisées, sans localisation nette, sans rapports précis avec les repas.

Progressivement est apparue une diarrhée intermittente qui accompagne les crises douloureuses dont elle subit l'évolution.

Malgré le traitement prescrit par son médecin, les crises se reproduisent suivies d'intervalles où la santé est parfaite. Mais, à la suite d'une crise plus intense le 20 mai, le malade est hospitalisé le 11 juin.

A l'examen, on note un subictère net des conjonctives.

L'abdomen est souple mais dans l'hypochondre droit, au-dessous du rebord costal et le long du bord externe du grand droit ou aurait perçu une tumeur du volume d'une mandarine, dure et indolente.

Le 21 juin 1934, *l'examen radiologique* met en évidence un spasme pylorique avec hyperkinésie par compression sténosante sous-mésocôlique du duodénum. Il y a antipéristaltisme de l'anse duodénale, stase et dilatation du genu inférieur.

Le lavement ne décèle aucun aspect morphologique anormal, aucune zone spasmodique.

Le tubage duodénal fournit par l'épreuve de Meltzer-Lyon une légère réponse vésiculaire.

La vésicule s'imprègne normalement après ingestion de tétraïode.

Le 2 juillet 1934, on note quelques douleurs abdominales parfois localisées sous le rebord costal. Douleurs également dans les lombes.

Selles régulières. Pas de fièvre.

A l'examen, on ne retrouve pas de trace de la tumeur sous-hépatique observée pendant le séjour du malade en chirurgie. Mais il existe un point douloureux duodénal.

Une légère sensibilité est mise aussi en évidence dans la région appendiculaire.

Le 6 juillet 1934, l'étude du transit montre que :

5 heures après, l'estomac est vide ; la baryte se trouve dans le segment terminal ou grêle et dans le côlon ascendant.

9 heures : *Absence de stase iléale.*

On ne trouve pas nettement de point douloureux appendiculaire.

La périduodénite est néanmoins mise sur le compte d'une appendicite chronique que semble confirmer l'examen histologique, montrant, outre une sclérose de la muqueuse et de la sous-muqueuse, de nombreux polynucléaires dans les vaisseaux.

Le malade a été amélioré rapidement et nettement dès les premières semaines qui suivirent l'intervention.

Obs. VIII. — M. A..., âgé de 29 ans, vient consulter en février 1935 pour des troubles digestifs déjà anciens. Depuis l'enfance, il se plaint de constipation, d'appétit capricieux, et de pesanteur épigastrique après le repas. Parfois, il accuse, toute une après-midi, une douleur lancinante dans le flanc droit. Il y a un an, en plein travail, le malade a été pris brusquement d'une douleur du flanc droit suffisamment intense pour l'obliger à garder le lit. La température s'éleva à 39°4. Il n'y eut ni nausée, ni vomissement. Le médecin se contenta de prescrire de la glace sur le ventre. Les jours suivants, tandis que la température baissait progressivement, la douleur se localise dans la fosse iliaque droite et s'atténue peu à peu. La crise douloureuse est terminée au bout de 8 jours, mais, à sa suite, les troubles digestifs antérieurs et notamment la constipation s'exagèrent. Les douleurs intermittentes et lancinantes du flanc droit augmentent ces jours derniers et décident le malade à nous demander avis.

L'abdomen est légèrement ballonné. Le foie et la rate sont normaux. La région iléo-cæcale est sensible. L'examen clinique reste par ailleurs négatif.

Le lavement baryté ne fait que montrer un gros cæco-ascendant douloureux. On trouve un point douloureux sur la valvule iléo-cæcale et, un peu au-dessous d'elle, un autre point

douloureux, situé sur le bord interne du cæcum et suivant ce dernier, dans les diverses positions données au malade. Ce point douloureux semble bien répondre à la zone d'implantation de l'appendice qui, lui-même, n'est pas visible. Au cours de ce transit, on ne trouve pas de stase iléale à la neuvième heure.

L'appendicectomie est décidée. On trouve un appendice libre, à pointe légèrement renflée. Microscopiquement, la lumière de l'appendice est, par endroit, distendue, présentant quelques débris stercoraux. En un point, existe une véritable nécrose de la muqueuse, allant jusqu'à la musculuse. La muqueuse, en d'autres endroits, a conservé son aspect normal. Le tissu lymphoïde est peu abondant et est en voie d'atrophie à la périphérie des follicules. Il existe une sclérose modérée de la sous-muqueuse. En outre, on trouve partout, dans la sous-muqueuse, dans la musculuse, dans la séreuse, et même dans la graisse du méso, une distension des capillaires lymphatiques, gorgés de cellules mononucléées.

Dès la sortie de l'hôpital, le malade a retrouvé un bon état de santé et les troubles digestifs qu'il accusait antérieurement ont disparu. Cette amélioration rapide se maintient depuis deux mois.

Obs. IX. — M. J... B., 23 ans, étudiant, vient consulter en novembre 1934 pour des troubles digestifs apparus depuis trois mois. Sportif et habituellement d'excellente santé, il a présenté à ce moment un ictère catarrhal de courte durée, mais depuis, quoique son appétit soit bien conservé, il se plaint de tiraillements légèrement douloureux du flanc gauche, et d'une certaine sensibilité épigastrique. Ces troubles surviennent tantôt le jour, tantôt la seconde partie de la nuit, jamais suffisamment intenses pour troubler le sommeil. Ils sont intermittents et ne durent généralement que de 10 à 20 minutes. En même temps existent de fréquents borborygmes, eux aussi nouvellement apparus. L'état de santé ne semble que peu modifié ; il n'y a pas d'amaigrissement. Néanmoins, le teint est moins bon ; les conjonctives ont un aspect jaune sale qui, auparavant, n'existait pas.

Un traitement médical n'apporte aucune amélioration. Les

troubles persistent. Il s'y ajoute quelques picotements discrets de la fosse iliaque droite, quelques diarrhées prandiales au milieu d'un état prédominant de constipation légère. Les brûlures épigastriques tendent à s'accuser.

L'examen ne permet de noter qu'une sensibilité légère de la région épigastrique et un point douloureux de la fosse iliaque droite.

A l'examen radiologique, on note une hyperkinésie de l'estomac qui dessine deux ailerons préantraux. Il n'y a ni ulcus gastrique, ni ulcus duodénal. Le lavement baryté ne permet de constater qu'un léger dolichocôlon sigmoïdien. Au cours du transit, on constate un point douloureux appendiculaire. Il n'y a pas de stase iléale.

L'appendicectomie est pratiquée après trois mois de traitement médical inefficace. L'examen microscopique de l'appendice décèle, entre des follicules en hyperplasie, une polynucléose intravasculaire. Dès les jours qui suivent l'intervention, il y a amélioration. Le lendemain et le surlendemain surviennent bien d'intenses douleurs gastriques, apparaissant comme une exagération des brûlures antérieures, mais elles cèdent aussitôt. Depuis, le malade est dans un état de santé parfait et n'est plus obligé de surveiller son alimentation.

Obs. X. — M. La..., 42 ans, contremaître, consulte en juin 1932 pour des douleurs post-prandiales existant depuis 10 ans, et accompagnées de vomissements fréquents. Le malade dit n'avoir jamais été plus de 4 jours sans vomir. Il raconte qu'en septembre 1931 il a souffert de fréquents bourdonnements de l'oreille gauche, accompagnés de légère surdité, et suivis huit jours après le début de vertiges et de vomissements jaune-verdâtres. Il n'y a pas d'antécédent éloigné à noter. Il n'y a pas d'habitude éthylique. On trouve à l'examen une légère sensibilité au creux épigastrique, sans clapotage.

Les fosses iliaques ne sont pas douloureuses.

Le foie est un peu augmenté de volume, sans sensibilité ni augmentation de consistance.

Le cœur présente un léger souffle systolique de la pointe.

Il y a un peu d'emphysème pulmonaire. L'appareil nerveux est normal.

Une cholécystographie élimine une atteinte vésiculaire.

Les duodénographies révèlent un bulbe petit, déformé. Malgré l'absence d'image réelle d'ulcus, on croit ce diagnostic suffisamment probable pour conseiller l'intervention.

Au cours de l'opération, le 1^{er} juillet 1933, on ne trouve sur le duodénum aucune trace d'ulcus, mais un simple aspect inflammatoire du pylore. Après libération de quelques adhérences, on pratique une gastro-entérostomie.

Après une disparition des troubles pendant un mois, les vomissements alimentaires et bilieux reparaissent, avec douleurs à gauche du creux épigastrique.

Les digestions sont difficiles. Le malade se plaint à nouveau de vertiges.

En juillet 1933, ces troubles conduisent le malade à se faire hospitaliser une seconde fois. Un examen radiologique montre un passage important de la baryte par le pylore et, tenant compte des inégalités permanentes de la grande courbure, on pense qu'un foyer de périgastrite s'est développé autour de la bouche anastomotique.

Un traitement médical amène une amélioration pendant 3 mois.

Le 8 janvier 1934, le malade revient consulter pour les mêmes troubles, et parce qu'à deux reprises depuis un mois, il a eu une perte de connaissance complète durant une dizaine de minutes, survenant brusquement, sans prodrome, la première de ces crises ayant été précédée la veille de vomissements abondants alimentaires et bilieux. Le malade n'a jamais eu ni morsures de la langue ni incontinence des sphincters. Après ces crises, persiste un état vertigineux pendant quelques minutes. Il se plaint actuellement d'éprouver chaque jour des vertiges, et une céphalée nocturne occipitale entraînant l'insomnie. Il est très ballonné après chaque repas.

L'examen de l'oreille interne gauche montre une atteinte légère des parties cochléaire et vestibulaire, qui semble à elle seule incapable de justifier les troubles du malade.

Le foie paraît un peu plus gros qu'au premier examen. La

rate n'est pas percutable. On trouve une sensibilité au point appendiculaire.

La radiographie après lavement montre un cæco-côlon ascendant gros et court, en position haute, mais normalement mobile.

Les radiographies gastriques montrent que la bouche anastomotique fonctionne peu.

L'étude du transit montre après une vacuité gastrique dans des délais à peu près normaux une stase iléale à la neuvième heure et, encore importante à la dixième heure. L'appendicite n'est pas visible, mais on constate une douleur dans la zone appendiculaire, avec biloculation cæcale importante.

Une appendicectomie est décidée le 26 janvier 1934 : on trouve un appendice latéro-cæcal externe, adhérent par sa pointe.

L'examen microscopique montre que la sous-muqueuse et la muqueuse appendiculaires ont été complètement remaniées, leur région étant occupée soit par du tissu graisseux, soit par un tissu conjonctif dense par endroits, œdémateux en d'autres et, en certains points, riche en capillaires et en lymphocytes si nombreux qu'on a l'impression non seulement d'une appendicite chronique très ancienne, mais d'une poussée subaiguë sur un fond d'inflammation chronique.

Depuis cette seconde intervention qui date maintenant de 8 mois, une amélioration considérable et rapide s'est manifestée. Dès les premiers mois, les pesanteurs et ballonnements après les repas, la céphalée et les vertiges avaient disparu. Une épreuve du transit pratiquée trois mois après l'appendicectomie a montré que l'iléon était vide huit heures et demie après l'ingestion, après un transit apparaissant donc plus rapide qu'à l'épreuve antérieure. Mais l'examen gastrique montre qu'à ce moment l'estomac se vide beaucoup plus vite qu'autrefois, la bouche anastomotique fonctionnant mieux.

Devons-nous chez ce malade considérer que la stase iléale constatée la première fois est fonction de l'at-

teinte appendiculaire ? Nous ne le pensons pas. Chez tout malade gastro-entérostomisé il est courant de trouver un vice de fonctionnement du passage iléo-côlique et une stase dépassant de beaucoup l'horaire que nous avons noté chez notre malade. Nous nous étonnons plutôt de ne pas avoir constaté une stase plus importante. D'ailleurs l'appendicectomie n'a en rien agi sur le transit iléal: le transit global a été abrégé dans la seconde épreuve, grâce à un fonctionnement gastrique meilleur, à une vacuité gastrique plus rapide, mais le séjour de la baryte dans l'iléon lui-même n'a guère été nettement raccourci. Aussi ne pensons-nous pas devoir mettre une part des troubles du malade sur le compte de la stase iléale, et chercher un prétendu parallélisme entre l'amélioration du transit global et l'amélioration plus certaine des signes cliniques. Au contraire sachant ce qu'est habituellement la stase iléale chez un malade gastro-entérostomisé, nous n'apportons cette observation que parce que, comportant un retard du transit relativement beaucoup trop modéré, elle nous semble devoir se joindre aux cas d'appendicite chronique sans côlite, dépourvue de stase iléale.

Ainsi, même si l'on fait abstraction de cette dernière observation, pour laquelle pourtant nous avons la conviction de ne pas avoir à faire de réserves, ce groupe de malades, par les lésions histologiques indiscutables de l'appendice, par la guérison post-opératoire, montre avec évidence qu'on aurait grand

tort d'écarter le diagnostic d'appendicite chronique et l'indication d'une appendicectomie, sous le prétexte qu'on n'a pas trouvé de stase iléale.

Au contraire, si par l'examen radiologique, on obtient — ce qui est inconstant — la conviction qu'en de tels cas, il y a nettement douleur appendiculaire et inflammation chronique de l'appendice, c'est ici qu'on peut s'attendre à obtenir de l'appendicectomie un excellent résultat. Le traitement médical est à tenter, parce qu'on hésite souvent sur la réalité de ce diagnostic difficile, mais, sans forcer notre pensée, nous pourrions dire qu'en raison de l'absence de stase iléale, et donc bien souvent de cœlite importante, le traitement médical n'est pas de mise et que le traitement chirurgical seul est à envisager.

B. — Les fausses appendicites chroniques.

En fait, lorsque chez un adulte suspect d'appendicite chronique, on ne trouve pas de stase, on hésite beaucoup sur la réalité de l'atteinte appendiculaire. Si, de l'appendicectomie, on peut attendre une rapide guérison dans le cas d'appendicite chronique réelle, par contre, nombreux sont les malades qui, se présentant avec un tel tableau sans stase iléale, n'ont pas de véritable appendicite chronique; c'est en pareils cas que les erreurs de diagnostic risquent d'être complètes et que les appendicectomies faites sans le criterium d'une douleur nettement localisée sous l'écran à l'appendice, en diverses positions, risquent d'être dépour-

vues de la moindre amélioration clinique. Il faut penser aux lésions de l'appareil urinaire droit qui simulent souvent de tels tableaux. Fréquemment nous avons pu nous convaincre que la douleur qui cliniquement semblait appendiculaire, répondait en réalité au trajet profond des vaisseaux iliaques et s'apparentait aux cœlialgies. Dans d'autres cas, il ne s'agissait que de points névralgiques de la paroi abdominale antérieure, dans d'autres encore de points douloureux profonds situés au-dessous et à droite de l'ombilic, et répondant, comme le montre l'étude radiologique au cours du transit, à l'iléon terminal. Nous avons été étonné de rencontrer avec une fréquence extrême, chez des malades suspects ou non d'appendicite chronique, chez la femme surtout, cette termino-iléalgie. Entraîné à la préciser sous l'écran, nous l'avons retrouvée aussi au cours d'examens cliniques nombreux, en roulant sous le doigt, en dedans du cæcum, la corde oblique en haut et en dehors qui répond à la terminaison de l'iléon. On peut dire qu'à chaque fois que celle-ci est perçue facilement, donnant la sensation d'une petite corde oblique, toujours il y a, en même temps, douleur. Elle se rencontre dans maints désordres digestifs, si lointain que soit leur siège. Elle est banale chez ces femmes nerveuses, maigres, pour lesquelles, en présence de désordres fonctionnels capricieux, à prédominance gastrique ou intestinale, on a souvent peine à trouver un diagnostic satisfaisant. Très souvent, il y a spasme termino-iléal conditionnant une stase iléale fonction-

nelle, et nous y reviendrons, mais dans d'autres cas, on n'observe aucun trouble du transit qui puisse être considéré comme pathologique, aucune stase iléale véritable. La termino-iléalgie reste la seule constatation objective: elle ne serait sans doute pas, en pareil cas, d'un intérêt bien grand si elle ne constituait, à notre avis, une cause d'erreur fréquente pour qui cherche à tout prix l'appendicite chronique. Certes, elle accompagne celle-ci presque toujours, mais on la trouve si souvent chez les malades appendicectomisés et chez les malades dont un examen radiologique minutieux a mis hors de cause l'appendice, qu'on peut se mettre en garde contre elle.

Bref, nous croyons que maintes douleurs de la fosse iliaque prêtent trop souvent à erreur avec l'appendicite chronique, et qu'il y a lieu de les éviter particulièrement lorsqu'il n'y a pas de stase iléale.

L'appendice enlevé apparaît macroscopiquement sain, et l'on tente trop souvent de justifier l'intervention malgré l'absence d'amélioration clinique même à distance, par de prétendues lésions microscopiques. Celles-ci sont rapidement mises en doute lorsqu'au cours de laparotomies faites pour une affection qui n'a rien de commun avec le carrefour iléo-cæco appendiculaire, on a la curiosité de recueillir quelques appendices témoins. Leur aspect de sclérose, de distension lymphatique, d'hypertrophie ou d'atrophie des follicules ne s'écarte guère de la plupart des comptes rendus histologiques décrits au sujet des appendicites chroniques. L'hypertrophie anormale des

plexus nerveux pariétaux est le seul point sur lequel nous devons faire des réserves: nous l'avons fréquemment observée, mais il est vrai, autant sinon plus chez des malades qui ne furent nullement améliorés par l'appendicectomie que chez ceux qui parurent en tirer un bénéfice discutable. Aussi doutons-nous qu'elle puisse avoir quelque importance, dans le diagnostic histologique d'appendicite chronique.

Chez tous ces malades se présentant avec un tableau dit d'appendicite chronique et ne présentant pas de stase iléale, il est un point que, dans le cadre de notre sujet, il nous paraît important de signaler: c'est l'absence fréquente de signe formel de côlite. Cette absence de côlite, parallèle à l'absence de stase iléale, ne doit pas faire écarter le diagnostic d'appendicite chronique, puisque les cas indiscutables que nous avons fait opérer et qui n'avaient pas de stase iléale ont guéri nettement grâce à l'appendicectomie, mais elle doit mettre fortement en doute ce diagnostic. Les observations qui suivent sont des exemples, en l'absence de stase iléale, de l'inexistence de signe réel de côlite, du caractère douteux des lésions anatomo-pathologiques de l'appendice, de l'absence, enfin, de toute amélioration clinique post-opératoire.

Obs. XI. — Mme Net..., âgée de 35 ans, vient consulter le 27 janvier 1933 pour crise douloureuse abdominale avec vomissements bilieux.

Le début remonte au mois d'août 1932: douleur subite, aiguë; dans l'hypochondre droit avec irradiation dorsale lombaire et scapulaire droite. Elle s'est accompagnée de vomis-

sements bilieux, anorexie, en même temps qu'apparaissaient du subictère des conjonctives, une décoloration des matières.

Cette crise a persisté pendant 48 heures puis s'est atténuée progressivement, la douleur se faisant plus sourde pendant une quinzaine de jours.

De cette crise, la malade n'a conservé qu'un peu d'asthénie, un léger amaigrissement et une légère douleur au côté droit au moment des règles.

Mais, il y a 15 jours, l'absorption de sulfate de soude a donné lieu, quelques heures après, à une nouvelle crise caractérisée par :

- une douleur très vive dans le côté droit;
- des vomissements bilieux — de la constipation;
- un peu de fièvre.

A noter qu'au cours de cette crise les douleurs ne se sont pas strictement localisées au côté droit et qu'elles ont progressivement envahi tout le cadre colique.

En outre, depuis un mois, la malade a perdu près de 6 kilos.

Dans ses antécédents, on note qu'il y a 7 ans, la malade a été soignée pour... « érosion du pylore ». Elle souffrait, depuis longtemps, après les repas suivant un horaire régulier et par intermittences avec des périodes douloureuses qui s'accompagnaient de vomissements et d'amaigrissement et des périodes d'accalmie nettes de 15 jours à 1 mois.

L'examen du cadre colique met en évidence une sensibilité particulière à la palpation du côlon gauche, une *douleur très intense* réveillée par la palpation de la région iléale précæcale. De même la région sous-hépatique est très sensible.

Le foie paraît normal.

Le 1^{er} février, l'étude du *transit intestinal* le montre normal.

Mais le repas baryté remplit mal l'antré et le bulbe duodénal qui paraît être le siège d'un spasme.

La vésicule s'imprègne médiocrement après ingestion de tétraïode.

A deux reprises, le 27 mars 1933 et le 20 novembre, nous avons revu cette malade qui a présenté à nouveau :

— une crise aiguë, nette, siégeant à droite, avec vomissements le 25 mars et qui s'est amandée au bout de 48 heures.

— d'autres petites crises, depuis lors, se traduisant par des phénomènes douloureux presque quotidiens avec intervalles d'accalmie de 2 ou 3 jours.

Une nouvelle crise survient le 18 novembre : au cours de celle-ci la malade aurait eu une syncope.

L'examen montre, à nouveau, un côlon douloureux dans la fosse iliaque droite et une légère hypertrophie hépatique.

Une nouvelle étude du *transit intestinal* est alors pratiquée.

9 heures après le repas baryté, il n'y a *pas de stase dans l'iléon*. *L'ascendant est vide*, sauf le bas-fond cæcal. Tout le cæcum et l'ascendant sont douloureux de façon diffuse sans point électif appendiculaire. Le transverse et le descendant sont déjà injectés.

Le lavement baryté montre un cadre côlique absolument normal. Les troubles duodénaux qui paraissent seuls se dégager avec évidence de l'histoire clinique de la malade font incriminer, sans grande conviction, une inflammation chronique ancienne de l'appendice avec répercussion duodénale. Une appendicectomie est conseillée. L'appendice est macroscopiquement sain.

Histologiquement, on trouve une muqueuse et des follicules normaux : tout au plus peut-on dire que les lymphatiques sont un peu distendus en bordure des follicules et que la sous-muqueuse est un peu scléreuse. Dans l'ensemble, ce qui frappe le plus, c'est la distension de la lumière par des produits stercoraux.

Depuis 8 mois, l'appendicectomie n'a guère apporté d'amélioration dans l'état de la malade, et il semble bien que des examens duodénaux soient actuellement à refaire, un ulcus duodénal ayant peut-être passé inaperçu.

Obs. XII. — Mlle Verg..., 29 ans, vient consulter le 29 septembre 1933 pour des nausées continuelles et des vomissements très fréquents, survenant sans horaire fixe. Le début des troubles remonte à il y a 5 ans.

Il s'agit de vomissements toujours alimentaires, renfermant

parfois, lorsqu'ils sont tardifs, des particules d'aliments ingérés au repas de la veille, mais qui ne s'accompagnent d'aucune douleur, ni d'aucune régurgitation.

Entre temps, la malade accuse du ballonnement abdominal après les repas avec sensations d'étouffement. Elle émet beaucoup de gaz. Mais se plaint de constipation.

Elle s'est mise d'elle-même au régime et se nourrit surtout de légumes verts et de viandes grillées.

Rien de particulier dans ses antécédents.

L'examen de l'abdomen le montre normal sans points douloureux nets.

Foie normal. Rate non perceptible.

Examen radiologique, 3 octobre 1933 :

Estomac de dimensions et de situation normales.

Vide 5 heures après le repas baryté.

9 heures après, il n'y a pas de stase iléale.

Il semble exister un point douloureux plus net dans la région appendiculaire quoique tout le cæcum soit sensible à la palpation.

Le 26 octobre, la malade qui a suivi le traitement prescrit (régime, solution de Bourget), revient en raison de la persistance des vomissements qui semblent cependant plus espacés. Constipation très marquée.

Le 18 décembre 1933 on pratique l'*appendicectomie*. Aspect macroscopique normal. Microscopiquement, la muqueuse est relativement conservée, mais il y a, en un point, dilatation de la lumière, contenant des débris stercoraux. Les follicules sont en voie d'atrophie. La sous-muqueuse est très scléreuse. La paroi musculaire est atrophiée.

Nous revoyons la malade le 7 août 1934.

Elle a été très améliorée jusqu'en mai 1934, mais après cette accalmie de 4 mois qui a suivi l'intervention, elle a présenté à nouveau des nausées après les repas que calment seulement les vomissements.

Le 18 août 1934 l'examen radiologique montre :

- une intolérance gastrique très marquée ;
- hypermotricité, spasme pylorique et prépylorique.

Il existe également une intolérance au lavement opaque

qui est difficilement supporté bien qu'il ne détermine pas de spasmes côliques, visibles sous écran.

Légère dolichocôlie gauche. Transverse un peu gros.

Le transit intestinal est à nouveau étudié le 1^{er} septembre 1934. 5 heures après, il n'y a plus que peu de baryte dans l'iléon. La baryte remplit l'ascendant et tout le transverse.

Cæcum mobile, non douloureux. Aspect normal.

9 heures après — *pas de stase iléale.*

La malade précise que ses troubles digestifs n'existent pas — hormis la constipation — dans les périodes de calme et sont en rapport étroit avec les émotions, le surmenage, les moindres soucis.

L'amélioration subite et immédiate observée après l'intervention avec reprise des troubles plusieurs mois après, l'absence de signe réel de lésion organique au cours des divers examens, l'état de nervosisme extrême de la malade, nous invitent à penser que les troubles fonctionnels n'ont pas leur origine dans la région iléo-cæcale, et que l'appendicectomie a probablement été inutile.

Les lésions anatomo-pathologiques constatées sur l'appendice restent d'ailleurs d'une valeur pathologique discutable.

Obs. XIII. — M. Homp..., boucher, âgé de 35 ans, vient consulter en décembre 1933 pour des douleurs et des troubles gastriques survenant après les repas.

Très bien portant jusqu'en 1929, il a présenté à cette date des vomissements post-prandiaux, surtout après le repas de midi et ces vomissements, au début assez espacés, se sont depuis reproduits à peu près après chaque déjeuner, pendant 6 mois consécutifs. Puis ils sont devenus plus rares, tous les 2 ou 3 jours environ, plus tardifs 4 à 5 heures après le repas.

Ces vomissements ont été de pair avec des douleurs : pesanteur épigastrique ou douleur constrictive à maximum épigastrique irradiant le long des côtes et dans la région vertébrale. Douleurs calmées tantôt par les vomissements ou le décubitus, tantôt calmées spontanément au bout de quelques heures.

Ces troubles fonctionnels sont devenus de plus en plus ra-

res et en 1930 ils ont fait place à une sensation de lourdeur dans la région ombilicale.

L'état général était encore bon. Le malade avait toutefois maigri de 3 à 4 kilos.

Se sentant mieux, le malade a cru devoir suspendre son régime (suppression du vin, alcool, mets épicés) et cette accalmie a duré ainsi jusqu'en 1932.

A ce moment, reprise des vomissements et des douleurs : petites crises durant 1 ou 2 heures, mais plus rebelles, plus continues, plus fréquentes.

De juin à septembre on note une nouvelle accalmie : les vomissements se font rares. L'état général s'améliore. Mais depuis septembre les douleurs ont réapparu, plus tenaces, plus continues, quotidiennes, précédées de régurgitations aqueuses, calmées assez rapidement par des compresses chaudes.

En même temps le malade se plaint de ballonnement abdominal et a remarqué que la cessation de la douleur coïncide avec une émission de gaz.

Il ne présente aucun trouble du transit intestinal et a des selles régulières.

L'amaigrissement s'accroît et le malade a perdu 9 kilos depuis le début de sa maladie.

A l'examen, l'abdomen est souple.

Douleur à la pression des côlons ascendant et descendant qui semblent rouler sous les doigts. La fosse iliaque droite paraît particulièrement sensible.

Par ailleurs, l'examen clinique est négatif.

L'examen radiologique à cette date (5-12-33) révèle :

— une vésicule normale ;

— une image d'hypertrophie pylorique avec troubles moteurs gastriques modérés, des déformations de contours et de remplissage du bulbe duodénal, et une gêne du passage duodénal au niveau de l'angle de Treitz.

Il n'y a pas de stase iléale. Il existe une sensibilité diffuse de la région cœcale.

On pense à une périoduodénite probablement en rapport avec une appendicite chronique.

Opéré le 2 janvier 1934 : Appendicectomie. L'appendice est macroscopiquement normal. Histologiquement, lésions inflammatoires chroniques de type surtout atrophique, avec léger épaissement scléreux de la séreuse.

Le malade revient *le 30 janvier*, se trouve nettement amélioré. Les douleurs ont disparu, mais les digestions sont toujours pénibles. Cependant son état général est bon et il continue à suivre le traitement prescrit.

Cette amélioration persiste jusqu'en *avril 1934*.

Mais à cette date les douleurs reprennent et se reproduisent accompagnées de vomissements. Le malade a maigri de quelques kilos.

Le 18 septembre un *examen radioscopique* après repas baryté montre une hyperkinésie gastrique avec spasme pylorique. Le bulbe duodénal est d'opacité non homogène, de contours irréguliers. Le pylore est excentré. Toute la région pyloro-bulbaire est douloureuse à la palpation profonde.

Bref, après l'appendicectomie, on constate la réapparition des troubles accusés antérieurement.

Si la typhlite ou la côlite ne comporte pas toujours de stase iléale à la neuvième heure, néanmoins l'absence de stase iléale doit mettre en doute le diagnostic de typhlite, et, non pas écarter, mais faire hésiter à poser le diagnostic d'appendicite chronique. Ses causes d'erreur sont fréquentes.

Nous avons revu récemment un malade chez qui le diagnostic d'appendicite chronique avait été porté avec des arguments cliniques et radiologiques qui paraissaient de valeur. Il n'avait pas de stase iléale. L'appendicectomie n'a pas amélioré son état. Or, ces dernières semaines, de nouvelles radiographies ont montré une image indiscutable d'ulcus duodénal. Pourtant l'examen anatomo-pathologique de l'ap-

pendice enlevé montrait des remaniements dont on a coutume de se contenter — bien à tort — pour dire histologiquement appendicite chronique.

II. — Les appendicites chroniques discutables.

Les tableaux d'appendicite chronique s'accompagnant de stase iléale sont la majorité, parce que la plupart sont en fait des tableaux de typhlite ou de typhlo-côlite, au cours desquels on se demande s'il y a participation inflammatoire de l'appendice et surtout quelle est la part qu'elle y joue. La stase iléale n'est pas pour nous un signe d'appendicite chronique, puisque les formes les moins discutables que nous avons observées en étaient exemptes: elle est le plus souvent un signe de typhlite ou, de façon plus générale, de côlite. Qu'en conséquence, elle soit souvent observée chez un malade suspect d'appendicite chronique, c'est naturel, mais nous nous opposons à en faire un élément indispensable de son syndrome radiologique et estimons capital, quant à l'attitude thérapeutique à prendre, d'insister sur son déterminisme indirect, par l'intermédiaire seul de la typhlite.

L'appendice participe si fréquemment au tableau de la typhlo-côlite que, devant un syndrome d'appendicite chronique accompagné de stase iléale, l'appendicectomie ne sera jamais une erreur grossière. L'intérêt de la constatation d'une stase iléale sera, en pareil cas, de souligner immédiatement l'importance du traitement médical à opposer à la typhlite, existant

presque à coup sûr, et contrairement aux cas précédents, de placer le traitement chirurgical au second plan. Si, en raison de certaines circonstances matérielles, on se trouve obligé de recourir précocement à l'intervention, l'existence de stase iléale invite à prévenir le malade qu'elle ne sera qu'un des moyens employés pour obtenir la guérison et que l'adjuvant du traitement médical. Il est des cas précocement soignés où ce dernier pourra être bref et où la guérison sera rapidement obtenue après l'opération. Le plus souvent, le traitement médical devra longuement être poursuivi.

Dans ces états d'appendicite chronique suspectée et où le plus clair est qu'il existe une stase iléale, donc un état de typhlite, la sagesse veut qu'on commence par le traitement médical. Quelquefois celui-ci suffira et chez un tel malade guéri, il n'est pas prouvé qu'il soit d'intérêt de supprimer quand même l'appendice. Cette appendicectomie est souvent faite pour obtenir l'assurance que sur un fond d'inflammation chronique n'éclateront pas des poussées aiguës dont on redoute toujours la gravité. La fréquence avec laquelle la stase iléale est trouvée chez les sujets appendicectomisés nous invite à ce sujet à bien des réserves. Faire entrer le malade huit jours dans une clinique et le livrer aussitôt, une fois l'appendice enlevé, à la vie active et à un régime non surveillé, nous paraît plus funeste que l'abstention. Si l'on se décide à cette appendicectomie d'indication hypothétique, qu'au moins le malade soit soumis quinze jours avant au lit et à la

glace sur le ventre, et que le repos et les soins médicaux soient longuement poursuivis après l'opération : ainsi l'appendicectomie, si elle n'a pas été inutile, aura au moins l'avantage de ne pouvoir réveiller les lésions anciennes de typhlite et de ne pas aggraver la stase iléale.

Bien souvent, il est vrai, l'indication de l'appendicectomie se discute dans d'autres circonstances. Le traitement médical longuement institué paraît insuffisant, et à condition de prendre davantage encore, les précautions pré et post-opératoires dont nous parlions, on se demande si les lésions appendiculaires, qu'elles aient été la cause ou qu'elles soient le foyer entretenant la typhlite, ne justifient pas l'appendicectomie. Il est des cas nombreux où cette intervention n'apportera au malade aucun bénéfice. Il en est quelques-uns plus rares où l'appendicectomie semblera permettre au traitement médical, jusqu'alors inactif, de montrer ultérieurement une heureuse efficacité, et l'amélioration clinique apparaîtra parallèle à celle de la typhlo-côlite.

Les quelques observations suivantes montrent la concordance de la typhlite ou de la côlite avec la stase iléale observée dans ces tableaux dits d'appendicite chronique :

Obs. XIV. — Mad. Th..., 22 ans, sténo-dactylographe, vient consulter parce que depuis trois ou quatre ans, elle souffre de migraines très fréquentes, durant deux ou trois jours et se répétant chaque semaine. Elles s'accompagnent d'intolé-

rance gastrique absolue, avec vomissements fréquents alimentaires et bilieux, sans température, sans diarrhée. Entre ces crises migraineuses, la malade n'accuse que quelques petits troubles digestifs et son état général est satisfaisant ; elle se plaint néanmoins de céphalées passagères, survenant à des heures très variables. Chacun des repas est suivi d'une période régulière de somnolence. Il existe une légère constipation, une anorexie particulière pour les œufs et les aliments gras. On note encore l'existence fréquente de douleurs abdominales droites. Il n'y a jamais eu le moindre ictère. Depuis quelques mois, la malade a maigri de 4 kilogs.

Dans son passé, la malade a présenté, il y a dix ans, des troubles digestifs imprécis, avec douleurs de la fosse iliaque droite, et sans qu'on retrouve une histoire nette d'appendicite aiguë, on apprend que ces douleurs ont conduit à cette époque, à une appendicectomie.

A l'examen, le ventre est souple ; lorsqu'on fait rouler le cæcum sous les doigts, on provoque un peu de douleur. Il en est de même lorsqu'on palpe plus haut la partie externe de la région sous-hépatique, en un point qui semble correspondre à l'angle droit.

L'intégrité de la vésicule est vérifiée par une radiographie après ingestion de tétraïode et par un tubage duodénal, au cours duquel l'épreuve de Meltzer-Lyon fournit une réponse vésiculaire normale et abondante.

La radiographie après lavement baryté montre un aspect hypertonique du cæco-côlon ascendant.

Au cours de l'étude du transit, après une évacuation de l'estomac dans les délais normaux, on trouve une stase iléale nette à la neuvième heure. La tête du train baryté est pourtant déjà à l'angle splénique. Le cæcum est douloureux, de façon diffuse, à la palpation. Une boucle côlique douloureuse se dessine à l'angle droit.

Bref, typhlo-côlite avec tableau d'appendicite chronique ayant autrefois conduit à l'appendicectomie. La typhlo-côlite persiste, accompagnée de stase iléale.

Obs. XV. — Mme Thion..., âgée de 52 ans, entre dans le service le 4 août 1933, venant du service de chirurgie où elle a été hospitalisée depuis le 21 juillet, à la suite d'une crise douloureuse abdominale aiguë, étiquetée appendicite aiguë, survenue le 10 juillet.

Cette crise s'est traduite par une douleur vive, subite, dans la fosse iliaque droite avec vomissements bilieux et fièvre.

Admise en chirurgie, elle n'a pu être opérée en raison de la dyspnée intense qu'elle présentait à son entrée et que déterminait un état d'asthme prolongé.

L'interrogatoire nous apprend que depuis 1927 elle présente des troubles gastro-intestinaux divers, alors qu'auparavant elle n'avait jamais eu le moindre trouble digestif.

Ce sont habituellement des crises de coliques abdominales généralisées, mais prédominantes dans la fosse iliaque droite et qui s'accompagnent de vomissements et de diarrhée sanguinolente. Ces crises de diarrhée se reproduisent toutes les 2 ou 3 semaines, durant 2 ou 3 jours, alternant parfois avec des périodes de constipation. Malgré le régime et le traitement prescrit par son médecin, son état ne s'est pas amélioré jusqu'en 1929.

A ce moment, les douleurs se sont un peu modifiées, siégeant au creux épigastrique et irradiant dans le dos et à l'épaule droite. Leur horaire est variable, précoces ou semi-tardives, de une demi-heure à deux heures après le repas. Evolution par crises assez nettes avec phases de tolérance plus ou moins prolongées.

En outre, la malade se plaint depuis un an et demi, de crises de dyspnée à prédominance nocturne, qui semblent dues à un asthme intriqué.

A l'examen, on est frappé par la distension de l'abdomen qui pointe en avant et qui est le siège de météorisme dans la région péri-ombilicale.

La palpation réveille une douleur dans cette région et surtout dans la *fosse iliaque* et l'*hypochondre droits*.

Le foie est normal, non douloureux.

La rate non perceptible.

Par ailleurs, l'auscultation pulmonaire permet de cons-

tater l'existence de signes d'emphysème. Les bruits du cœur sont un peu sourds.

L'examen neurologique est normal.

Le 8 août, un examen radiologique du côlon est pratiqué.

Le lavement pénètre facilement.

Coudure sur le côlon gauche, au-dessous de la crête iliaque.

Spasmes de l'angle gauche.

Douleur nette à la pression sur le bord interne du côlon ascendant dans la région cæco-appendiculaire.

Le 21 septembre : L'étude du transit révèle, 10 heures après ingestion du repas baryté, une *stase iléale* sur les 20 derniers centimètres de l'iléon. L'appendice est injecté et bien visible sous l'écran. Il est en position latéro-cæcale gauche ; il est douloureux, mais sa sensibilité ne paraît guère plus vive que celle qu'on observe sur tout le cæcum.

Le 29 septembre, un nouvel examen radiologique montre un gros spasme du côlon gauche qui est flexueux — cæcum très douloureux, peu mobile.

La malade est examinée le 13 septembre, pour juger des effets du traitement médical prescrit. Elle a continué à souffrir dans la fosse iliaque droite et a eu de fréquentes nausées suivies de vomissements.

La malade, étant apyrétique et ayant un bon état général, est opérée le 14 octobre 1933. Appendicectomie. Aspect macroscopiquement normal. Histologiquement, on ne constate qu'une légère inflammation chronique : légère hyperplasie lymphoïde, étant donné l'âge de la malade. Légère sclérose et infiltration cellulaire de la sous-muqueuse. Hypertrophie des plexus nerveux pariétaux.

Le 28 novembre, la malade revient à la consultation. Elle a continué à suivre strictement son traitement médical depuis l'intervention. Dans l'ensemble, les troubles sont améliorés, mais il persiste quelques douleurs épigastriques.

Le 13 décembre, la stase iléale est beaucoup moins importante.

Obs. XVI. — Mme B., 41 ans, employée des postes, vient consulter le 13 juin 1934 pour des troubles remontant à un

an environ et consistant en douleurs abdominales, ballonnement post-prandial, migraines, insomnie et asthénie.

Les douleurs siègent dans l'hypocondre droit, et irradient vers la pointe de l'omoplate correspondante. Elles surviennent deux ou trois heures après le repas, durent un quart d'heure et s'accompagnent de nausées. La constipation est importante et la malade doit prendre chaque jour des laxatifs. Elle a coutume de se nourrir de fruits et de végétaux.

L'examen montre une sensibilité de tout le côlon descendant et objective une douleur provoquée, plus légère sur le côlon droit qui semble volumineux et est gargouillant.

Le foie déborde les fausses côtes de deux travers de doigt et est légèrement sensible, notamment dans la région vésiculaire.

Le reste de l'examen clinique est normal.

La radiographie, après lavement baryté, montre un spasme de la partie gauche du transverse et de tout le côlon descendant.

L'étude du transit montre après vacuité gastrique à la cinquième heure une stase iléale importante. La moitié de la baryte est encore dans les anses iléales formant un gros amas sur la ligne médiane.

La sensibilité du cæcum prédomine nettement sur le bas-fond dans la zone d'implantation de l'appendice qui, lui-même, n'est pas visible.

Cette prédominance nous décide, malgré l'existence évidente d'une cõlïte associée et en raison de l'insuccès du régime et du traitement médical institués, à conseiller l'appendicectomie.

A l'ouverture du përitoine, on note un peu de liquide séreux, légèrement teinté de rose.

Quelques granulations très discrètes sur le bas-fond du cæcum, mais qui semblent disparaître après nettoyage à la compresse. Annexes normales.

Histologiquement, l'appendice apparaît transformé en un cordon fibreux, indiquant une appendicite très ancienne.

Les suites opératoires sont normales, et le régime alimentaire et le traitement médical qui restaient avant l'interven-

tion sans effet apparaissent maintenant efficaces. La malade cependant n'y peut faire le moindre écart sans voir reparaitre l'ensemble des troubles. La malade revient le 20 octobre accusant encore la même douleur provoquée à la palpation de la fosse iliaque droite, mais on constate une atténuation des accès de migraine, et surtout une disparition complète du ballonnement abdominal post-prandial, des difficultés de digestion, des régurgitations gazeuses, de la somnolence post-prandiale, de la constipation, et enfin des douleurs autrefois perçues dans la région hépatique.

Parallèlement à cette amélioration très nette des signes cliniques, on constate la disparition complète de la stase iléale.

Nous croyons inutile de multiplier des comptes rendus d'observations qui ne sont que trop banales : l'histoire de ces derniers malades, se présentant avec un tableau de typhlo-côlite et appendicite chronique, comportant une stase iléale, représente les résultats divers qu'on est en droit d'attendre de l'appendicectomie. Il nous eût été difficile de fournir de nombreuses observations comparables à la dernière, où l'appendicectomie, malgré des lésions histologiques discutables, semble avoir permis au traitement médical d'agir et où les suites opératoires ont été caractérisées par une amélioration clinique et une disparition de la stase iléale fonctionnelle.

Par contre, très nombreux sont les cas où l'appendicectomie a un résultat léger, difficile à interpréter, ou un résultat absolument nul. Bien souvent elle n'a, sur l'état morbide, qu'un effet identique à celui qu'eussent produit, sans intervention, dix jours d'immobilisation au lit et un régime alimentaire restreint. Nous avons assez affirmé la nécessité absolue du traite-

ment chirurgical, dans certains cas d'appendicite chronique, pour pouvoir avancer que, dans d'autres, généralement ceux où il y a typhlo-côlite et stase iléale, le chirurgien met souvent trop d'enthousiasme à attribuer à l'acte opératoire une amélioration due à l'immobilisation au lit, et qu'il croit définitive parce que la malade n'ira pas lui demander avis médical, à la rechute suivante de sa typhlo-côlite. Nous avons vu un tel nombre de malades venant à nous, porteurs d'une cicatrice d'appendicectomie, se plaignant de troubles intestinaux identiques à ceux qu'ils avaient avant l'opération, et présentant enfin une stase iléale importante persistant avec leur état de typhlo-côlite, que nous sommes actuellement très hésitants avant de confier de tels malades au chirurgien.

Au cours de tels états de typhlo-côlite avec appendicite chronique, nous avons exprimé l'opinion que ni la stase iléale, ni l'incisure externe du cæcum en regard de la valvule, signes de typhlo-côlite, ne peuvent décider à préciser la participation de l'appendice au processus inflammatoire. Dans les signes d'examen, seul a de valeur, selon nous, le point douloureux appendiculaire constaté à l'écran en diverses positions. C'est un signe qu'on peut objectiver lorsqu'un appendice visible permet une exploration sur toute sa longueur. Mais dans les cas les plus fréquents où l'appendice n'apparaît pas injecté ou dans ceux qui ne donnent qu'une visibilité de la base de l'appendice, lorsqu'on dit, sous l'écran, « douleur électivement appendiculaire », on prétend distinguer, à travers la

paroi, ce point douloureux d'un autre, pour nous constant en pareil cas, et qui n'en est distant que d'un centimètre : nous voulons parler de la douleur provoquée sur la valvule iléo-cæcale elle-même. Il est assez banal, disions-nous plus haut, d'objectiver, au cours de maintes affections digestives, une douleur nette sur les derniers centimètres de l'iléon, lorsqu'on le fait rouler sous le doigt, et notamment sur la valvule elle-même. Cette constatation est la règle lorsqu'il existe une typhlo-côlite avec stase iléale. Aussi, nous sommes-nous souvent demandé ce que valait, dans beaucoup d'observations semblables, ce point appendiculaire sur appendice resté invisible. Nous n'y attachons, pour notre part, dans les typhlo-côlites avec stase iléale, une valeur certaine que lorsqu'un appendice injecté de baryte accuse sa douleur à sa partie moyenne ou à sa pointe, et, évidemment, dans le cas seulement où il est sous-cæcal. Les douleurs provoquées sur un appendice longeant le bord externe ou surtout le bord interne du cæcum, sur un appendice croisant l'iléon, ne nous paraissent guère possibles à affirmer, en présence d'une sensibilité habituellement diffuse du cæcum et de la terminaison iléale. Aussi, dans la règle, ce sont moins les signes objectifs dits d'appendicite chronique que l'évolution résistante au traitement médical de la typhlo-côlite qui nous décide à l'appendicectomie, en présence de tels tableaux dits d'appendicite chronique, avec stase iléale, indiquant le plus souvent une typhlo-côlite.

EN RÉSUMÉ, dans le problème général des appendicites chroniques, la stase iléale n'aide pas à leur diagnostic, elle aide simplement à prendre à leur égard une attitude thérapeutique et à faire sur l'évolution des réserves variables de pronostic.

1° Lorsqu'il n'y a pas de stase iléale, deux alternatives opposées :

a) Ou il y a réellement atteinte de l'appendice (l'absence habituelle de typhlo-côlite rendra ici plus facile l'appréciation du point douloureux appendiculaire radiologique) et l'on peut attendre du traitement chirurgical de premier plan un résultat complet et rapide) ;

b) Ou, plus souvent, il s'agit d'erreurs de diagnostic et l'appendicectomie est une faute.

2° Lorsqu'il y a stase iléale, il y a dans la règle typhlo-côlite, plaçant le traitement médical au premier plan et si l'on pratique l'appendicectomie, on doit avertir le malade qu'on ne la conçoit que comme moyen adjuvant et qu'il ne faut pas attendre de l'opération une amélioration rapide et franche. On doit même l'avertir qu'il peut n'en tirer aucun bénéfice. Cette appendicectomie nécessitera, pour ne pas être néfaste, une préparation du malade et des soins post-opératoires prolongés. Nous ne la concevons pas comme « la petite intervention qui écarte le malade huit jours de ses occupations ».

La stase iléale au cours des appendicites chroniques de l'enfant.

Les conclusions auxquelles nous ont amené nos observations d'appendicite chronique chez les malades adultes, porteurs de stase iléale et de typhlo-côlite, pourraient, par les pédiatres, être jugées bien sévères. De fait, lorsqu'on pratique, chez l'enfant, l'appendicectomie pour appendicite chronique, on n'a pas coutume d'observer ces résultats légers ou nuls, ces suites opératoires décevantes dont la fréquence nous a frappé chez l'adulte. L'appendicectomie chez l'enfant donne un résultat franchement heureux dans la majorité des cas. Nous l'avons constaté après bien d'autres. Cette opposition entre l'enfant et l'adulte n'est que la conséquence de cette distinction que nous établissons plus haut entre les appendicites chroniques sans et avec stase iléale.

Certes, on rencontre chez l'enfant des côlites avec stase iléale, mais, chez lui, on n'observe guère fréquemment ces cas complexes où, en présence d'une typhlo-côlite, on hésite sur l'individualité ou non de l'atteinte appendiculaire. Bien souvent, l'appendicite chronique revêt, chez l'enfant, l'allure de désordres généraux allant parfois, comme y insista mon Maître le Professeur Lereboullet, jusqu'à simuler la tuberculose, ou bien s'exprime par des réactions hépatiques, seules apparentes. Dans d'autres cas, sa symptomatologie se réduit à une simple douleur permanente ou intermittente de la fosse iliaque droite. Mais, quoi-

qu'il en soit, la participation de troubles fonctionnels ou objectifs du gros intestin ne présente guère, dans le tableau de l'appendicite chronique de l'enfant, cette banalité qui est souvent le propre de l'adulte. Chez l'enfant, les lésions appendiculaires sont toujours plus jeunes, plus circonscrites, de type histologique plus souvent subaigu que chronique. Plus rarement que chez l'adulte, on observe cette diffusion des symptômes sur le gros intestin qui rend la conduite thérapeutique hésitante.

Les conclusions que nous avons tirées chez l'adulte nous amenaient à l'avance à penser qu'en étendant notre étude aux cas de l'enfant, nous ne trouverions probablement que bien peu d'appendicites chroniques s'accompagnant de stase iléale. C'est ce que nous avons, en effet, observé. Continuant à tabler sur la recherche de stase iléale à la neuvième heure — et nous insistons encore sur cet horaire auquel, contrairement à d'autres auteurs, nous nous sommes arrêté — nous ne l'avons presque jamais observée chez les enfants, pour lesquels nous avons eu à confirmer radiologiquement un diagnostic d'appendicite chronique. L'absence de stase iléale, l'absence de typhlocôlite, l'absence de termino-iléalgie, nous ont toujours rendu ce diagnostic aisé et, contrairement aux cas de l'adulte, l'intervention et les suites opératoires ont toujours confirmé la légitimité du diagnostic porté et de l'indication opératoire.

Pour ne pas nous écarter de notre sujet, nous nous garderons de rapporter les observations d'appendicite

chronique sans stase iléale que nous avons rencontrées. Cette absence fréquente de stase iléale méritait seule d'être signalée. Par ailleurs, l'histoire de nos malades et leurs suites opératoires n'eurent rien que de très banal.

Ainsi les appendicites chroniques de l'enfant, ne font que confirmer nos conclusions, mais, dans la distinction que nous avons établie, elles rentrent, pour la plupart, dans le cadre des appendicites chroniques sans stase iléale à la neuvième heure, celles pour lesquelles nous avons vu qu'on doit attendre du traitement chirurgical, seul de mise, un excellent résultat. Leurs causes d'erreur, qu'un examen radiologique doit éviter, restent en outre plus rares que chez l'adulte.

STASES ILÉALES AU COURS DES COLITES

Les côlites nous semblent l'affection dans laquelle on observe avec la plus grande fréquence la stase iléale. Telle que nous l'avons envisagée à la neuvième heure, la stase manque pourtant dans un certain nombre de cas et nous ne savons pas pourquoi telle côlité s'accompagne de stase, telle autre n'en comporte pas. Ce qui nous semble le plus clair, c'est que dans le tableau d'intoxication intestinale qu'on observe souvent dans les côlites, la stase iléale en semble, pour une large part, responsable.

On est tenté de se demander, étant donné l'obscurité qui règne encore sur la pathogénie de la côlité, si la stase iléale n'en est pas la cause même. Sans doute, toutes les côlites ne s'accompagnent pas de stase, mais il y a à peu près la même proportion (un gros quart environ) de stases iléales sans côlité que de côlites sans stase iléale, et nous ne pouvons que souligner leur coexistence si fréquente sans pouvoir avancer si la stase ou si la côlité commence la première.

La stase iléale pathologique n'apparaissant que comme une exagération d'une stase physiologique, le choix d'une recherche de stase à la neuvième heure, adopté pour être sûr de se placer sur le terrain pathologique, est obligatoirement arbitraire, et nous croyons volontiers qu'en avançant de peu notre horaire, nous eussions trouvé comme règle la coïncidence constante

de côlite, tout au moins de côlite généralisée ou de typhlite, et de stase iléale.

Qu'une côlite entraîne en amont un ralentissement du transit, il n'y a là rien d'étonnant si l'on songe qu'une lésion du carrefour iléo-cæco-appendiculaire nous a elle-même habitués à voir survenir, en amont, un retard de l'évacuation gastrique. Un tel retentissement en amont est fréquent pour toute lésion de siège variable sur le tube digestif.

Ce retentissement ne consiste bien souvent qu'en un spasme, qui cliniquement s'accompagnera volontiers de la termino-iléalgie dont nous parlions plus haut, et radiologiquement se manifestera par une stase iléale de degré variable. Néanmoins, il y a parfois plus. Déjà nous avons noté (obs. IV) la possibilité d'iléite terminale au cours d'un tableau d'appendicite chronique. Cette iléite terminale, se manifestant par une rougeur anormale des derniers centimètres de l'iléon, s'observe aussi bien chez des malades autrefois appendicectomisés et accusant une symptomatologie de côlite généralisée. Nous en rapporterons l'exemple suivant où la constatation d'adhérences de l'angle côlique droit et surtout d'iléite terminale, avec cæcum mobile, fut le seul fait anormal noté au cours de l'intervention chez une malade, anciennement appendicectomisée, présentant une côlite ancienne avec tableau d'intoxication intestinale. Une stase iléale très importante accompagnait ce tableau clinique complexe.

Obs. XVII. — Mlle R..., 30 ans, consulte en juin 1933 pour des troubles intestinaux datant de 3 ans et consistant en constipation, pesanteur abdominale et douleur en barre. Malgré une cure à Châtel-Guyon, ces troubles se sont peu à peu accentués. Ils se sont accompagnés de nausées et de vomissements, qui ont, il y a quelques mois, conduit à une appendicectomie sans résultat. D'autres troubles s'y sont joints peu à peu, rendant l'état pathologique des plus complexes. D'abord, des accidents de cystalgie avec urines troubles qui se répètent à plusieurs reprises, puis des douleurs sacro-iliaques irradiant vers les cuisses et rendant la marche et la station assise difficiles.

Les examens cliniques et radiologiques montrent que, chez cette malade appendicectomisée, persiste une colite spasmodique importante. Il existe une bactériurie colibacillaire purement vésicale, et les reins donnent des urines absolument aseptiques. Aucun trouble fonctionnel de l'appareil rénal ne justifie les douleurs lombaires. Les vertèbres apparaissent radiologiquement indemnes. Le fémur gauche est trouvé épaissi, courbé en avant, et, un moment, on peut croire au début d'une maladie de Paget.

La thérapeutique instituée n'améliore que passagèrement l'état intestinal, et une cure à Plombières n'a qu'un effet temporaire. Les troubles vésicaux s'améliorent passagèrement sous l'effet d'une auto-vaccino-thérapie, qui fait cesser complètement la température. Un essai de calcium intraveineux semble avoir un heureux résultat sur les douleurs osseuses et la malade se sent moins fatiguée.

Les troubles vésicaux et les douleurs osseuses de spondylite réapparaissent par poussées, tandis qu'à nouveau la malade se plaint de douleurs de l'hypocondre droit, de constipation et de céphalées insupportables. La malade est réveillée le matin par l'intensité de ses douleurs lombaires et une contracture élective et unilatérale du carré des lombes oblige la malade à se tenir de travers, dès qu'apparaît la douleur. Il s'y joint des douleurs à type sciatique, des douleurs des deux genoux. Ces douleurs deviennent de plus en plus diffuses dans les différentes articulations des membres et de la colonne ver-

tébrale, entraînant une impotence presque complète. Le mauvais état général, l'amaigrissement, les migraines, des poussées de cellulite généralisée, l'adjonction secondaire de troubles endocriniens achèvent de supprimer toute activité de la malade.

Les troubles intestinaux qui ont été les premiers en date ne font que persister par poussées et semblent conditionner un état d'intoxication intestinale qui a probablement engendré toutes les autres manifestations pathologiques résistant aux diverses thérapeutiques symptomatiques. L'abdomen reste douloureux, surtout dans la région iléo-cæcale.

Le lavement baryté montre que le côlon descendant et le transverse sont en position normale et la pénétration du liquide s'y opère facilement. Le sigmoïde présente une longueur exagérée, formant une double boucle. Le côlon droit est anormalement long et le bas-fond cæcal est en rapport direct avec l'ampoule rectale. La réplétion du cæcum est douloureuse et s'accompagne de pénétration de la baryte dans l'iléon. Le bas-fond cæcal semble impossible à relever par palpation abdominale ou par toucher rectal, mais le corps du cæcum se mobilise facilement, sans présenter de sensibilité anormale au cours de cette mobilisation.

Au cours de l'étude du transit on note à la sixième heure la vacuité gastrique tandis que la totalité de la baryte injecte les dernières anses iléales. Aucun progrès n'est constaté à la neuvième heure. A la douzième heure, le transit a très peu progressé et le cæcum commence seulement à s'injecter. Ce n'est qu'à la quatorzième heure et demie qu'on peut noter la vacuité des anses iléales : toute la baryte est alors dans le cæcum. Bref, il semble bien exister une gêne du transit au niveau de la valvule iléo-cæcale et cette gêne apparaît s'être accentuée dans l'intervalle de deux examens pratiqués à 6 mois de distance. Les dernières anses iléales sont boudinées et dilatées. Le cæcum pelvien et paramédian semble, à tort, comme nous le verrons, fixé aux organes voisins et présente au cours du transit, à deux travers de doigt au-dessus du bas-fond, une incisure permanente de son bord interne dont la palpation est très douloureuse.

Ajoutons que les radiographies ont en outre montré la présence de ganglions calcifiés lombaires, qu'on estime en rapport avec l'inflammation intestinale.

La persistance des troubles intestinaux et osseux, l'existence continuelle de migraines et de malaise général conduisent la malade à réclamer, après deux ans d'évolution sans cesse aggravée, une intervention sur son intestin, considéré finalement comme le responsable de cet état pathologique si complexe.

Une intervention, sur les instances de la malade, est récemment décidée, le choix du mode d'action restant à fixer selon les constatations opératoires.

Incision latérale droite longue. Adhérences importantes entre la partie droite du transverse et le côlon ascendant. L'angle droit est serré et fixé. Le cæcum est très mobile. La cicatrice appendiculaire ancienne est saine et sans adhérences. Il n'existe autour de l'iléon terminal aucune adhérence, mais l'attention est attirée par une iléite des derniers centimètres qui présentent une rougeur tout à fait anormale. Le côlon sigmoïde est trouvé allongé mais d'aspect normal. L'utérus et les annexes sont en parfait état. La vésicule est normale. Sur ces diverses constatations, on décide de pratiquer la libération des adhérences de l'angle droit, et de fixer le cæcum.

*
* *

Les côlites segmentaires peuvent, comme les côlites généralisées, conditionner une stase iléale.

La **typhlite** s'accompagne avec une fréquence très grande de la constatation de stase à la neuvième heure. Nous y avons longuement insisté dans le chapitre des appendicites chroniques. Il est pourtant courant, pour le médecin du moins, de ne pas envisager l'élément souvent insignifiant qu'est l'appendice et de

s'attacher plus sérieusement à la notion de mauvais fonctionnement du côlon. Cette côlite segmentaire peut être favorisée par un état de stase cæcale ou par certaines dispositions anatomiques du cæcum. Dans ces typhlites, la stase cæcale semble dans d'autres cas secondaire, conditionnée par l'atonie et la dilatation du cæcum qui font suite à l'état inflammatoire. C'est dire que dans la typhlite localisée, la stase iléale accompagnera parfois une stase cæcale. En fait, l'hypothèse de stase cæcale est souvent faite, sans que la vérifie l'examen radiologique. Elle nous semble, en matière de typhlite, plus rare qu'on ne le pense généralement au cours d'un examen clinique, mais la stase iléale existera généralement, capable de conditionner un tableau d'intoxication intestinale. On l'observe qu'il y ait constipation ou diarrhée. Il est fréquent de voir la stase iléale coïncider avec une accélération du transit de la tête du train baryté. Tout se passe, au début du transit du moins, comme si le cæcum peu tolérant se défendait contre sa réplétion barytée en chassant la tête du repas vers le transverse et le descendant dès la neuvième heure et en retardant la fin du repas qu'il bloque dans l'iléon. La stase que peut réaliser une typhlite est bien plus une stase en amont, une stase iléale, qu'une véritable stase cæcale.

Entre autres observations, nous n'en citerons qu'une où nous avons pu constater l'amélioration de la stase iléale parallèle à l'amélioration clinique, car ces observations rappellent étroitement celles des malades

soupçonnés d'appendicite chronique, sur lesquelles nous avons insisté.

Obs. XVIII. — M. S... G., 30 ans, chaudronnier, entre le 15 mars 1934 Salle Hanot, à l'Hôpital Bichat, pour des douleurs abdominales violentes. Il a passé les dix jours précédents dans le service de chirurgie voisin, où il est entré pour des douleurs du creux épigastrique d'abord sourdes, consistant en une simple sensation de plénitude, puis accentuant leur intensité en même temps que leur siège se déplaçait vers la fosse iliaque droite. Ces douleurs s'accompagnaient de vomissements abondants, d'abord alimentaires, puis bilieux, et de l'exagération intense d'une constipation existant depuis plusieurs années. Ces douleurs de la fosse iliaque droite et ces vomissements présentèrent pendant le séjour du malade en chirurgie des alternatives d'accalmie et de recrudescence. Les douleurs prirent le troisième jour une intensité extrême diffusant à tout le côté droit du ventre, irradiant même jusqu'à l'omoplate droite. Les matières étaient rares, les émissions de gaz fréquentes. Toute intervention fut jugée contre-indiquée et le malade fut passé dans le service de médecine.

A son entrée, la palpation abdominale confirmait une douleur diffuse de toute la moitié droite de l'abdomen sans point douloureux précis. Il existait un certain degré de résistance de la paroi abdominale droite sans qu'on puisse parler de contracture.

Dans les jours qui suivirent les vomissements cessèrent, la douleur s'atténua, la paroi abdominale s'assouplit, sous l'effet d'un régime lacto-végétarien, avec petites doses d'huile de ricin et sirop de belladone. La constipation néanmoins persista. On put, à la palpation abdominale, localiser la douleur sur toute la hauteur du cæcum et du côlon ascendant.

Le foie était légèrement augmenté de volume sans sensibilité particulière, le reste de l'examen général ne montrait aucun élément anormal.

L'examen radiologique, après lavement baryté, montre un gros côlon droit, avec boucle importante, et sur lequel se retrouve une vive sensibilité.

Le malade sort de l'hôpital le 7 avril en état d'amélioration, mais présente, le 8 septembre, une crise semblable de typhlite et cœlite ascendante. Il se plaint de céphalée, de ballonnement abdominal. Son teint s'est un peu altéré.

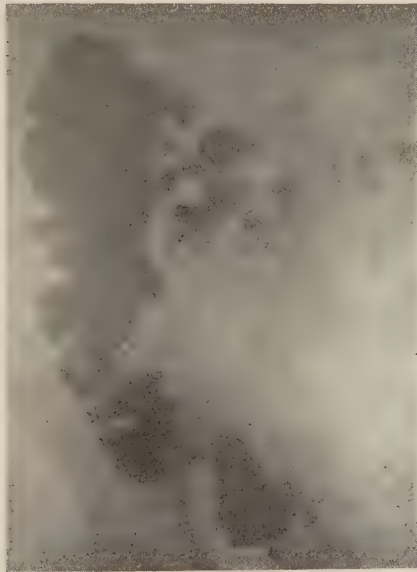


FIG. 16

L'examen radiologique pratiqué après repas baryté, au décours de cette seconde crise, montre que l'estomac est vide dès la quatrième heure. A la neuvième heure, persiste une stase iléale dans une anse intestinale, un peu en-deçà du sphincter iléo-côlique, et d'aspect légèrement dilaté. Le fragment terminal de l'iléon ne contient lui-même que des traces de baryte. Le côlon ascendant, douloureux dans son ensemble, présente, en regard de la valvule iléo-côlique, un rétré-

cissement de sa lumière, déterminé surtout par une encoche de son bord interne.

Le cæcum est très mobile. Le maximum de sensibilité est en regard de la valvule.

L'appendice est visible et ne paraît pas particulièrement douloureux à la pression.

Sous l'effet du traitement médical institué, cette seconde crise de typhlo-côlite, avec stase iléale, s'est rapidement atténuée. Le malade continue néanmoins à présenter une constipation importante. L'étude du transit a montré parallèlement à l'amélioration clinique une disparition de la stase iléale.

Les côlites spasmodiques gauches s'accompagnent, moins couramment que les typhlites, de stase iléale. La fréquence de celle-ci est pourtant grande, et dans le tableau d'intoxication souvent observé, elle joue encore le rôle capital. Si le cæcum est indemne et ne participe pas à la côlite, c'est ici qu'on observera volontiers une stase cæcale, souvent sans grande répercussion toxique par elle-même, et non accompagnée de stase iléale. En fait, ces côlites gauches ne représentent souvent qu'une prédominance de l'état spasmodique sur le côlon sigmoïdien et le côlon descendant, la côlite étant pratiquement diffuse sur tout le gros intestin, et le cæcum n'apparaissant qu'à certains moments dilaté et gargouillant. Peut-être le rapport variable existant entre stase iléale et côlite tient-il à ce fait que la côlite atteint plus ou moins le cæcum. Nous ne pouvons pas l'affirmer. Mais nous avançons cette hypothèse, d'une part, à cause de l'extrême fréquence de la stase iléale dans les typhlites, d'autre part, parce que, pour un certain nombre de

stases iléales, on trouve une proportion de constipation, maître symptôme de la côlite gauche, beaucoup moins élevée que de côlites, prises dans un sens général.

Obs. XIX. — Mad. Chan..., 42 ans, employée de commerce, vient consulter le 12 avril 1932 pour des douleurs survenant 3 heures après le repas, siégeant entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde. Ces douleurs s'exagèrent en paroxysmes, à l'approche desquels la malade n'hésite pas à se faire vomir, ce qui lui donne un soulagement immédiat : elles durent tantôt quelques heures, tantôt toute la journée.

Ces troubles remontent à mars 1931, mais les intervalles entre les périodes douloureuses étaient plus longs. A ce moment, les douleurs cessaient au bout de deux jours, avec la diète, mais reprenaient avec l'absorption d'aliments. Elles furent mises sur le compte d'un fibrome et on pratiqua une hystérectomie, avec appendicectomie de sécurité. A peine quelques jours après l'opération, alors que la malade commençait à se réalimenter, les mêmes crises reprirent identiques. Les crises ne s'accompagnaient pas spontanément de vomissements, les douleurs n'irradiaient pas vers l'omoplate droite, jamais la malade n'avait eu d'ictère, ni même de colique hépatique. Une cholécystite fut cependant diagnostiquée et 15 jours après la vésicule fut enlevée. Un gros calcul y aurait été trouvé.

Quatre jours après, les crises réapparaissaient, nécessitant parfois la morphine, et depuis elles se répètent fréquentes, malgré le régime qu'on a prescrit.

La malade a, malgré tout, assez bon appétit, a des selles régulières, mais conserve toujours un état légèrement fébrile.

L'examen pratiqué pour la première fois, à la consultation du service montre à ce moment un abdomen distendu. On note bien un côlon sigmoïde spasmodique et douloureux, mais on estime qu'il s'agit chez cette malade cholécystectomisée, d'une péritonite sous-hépatique entretenant un spasme pylorique intermittent et la persistance d'une légère température est

mise sur le compte d'une angio-cholite résiduelle. Le foie est un peu augmenté de volume, avec un bord inférieur douloureux. Le cœur et les poumons sont normaux. Il en est de même des réflexes tendineux et pupillaires. Les réflexes cornéens et nauséux sont abolis.

Le traitement médical institué reste sans effet et la malade revient pendant plusieurs mois, accusant toujours les mêmes troubles.

L'examen radiologique montre dans l'estomac une grosse quantité de liquide à jeun, et malgré tous les efforts de compression et de soulèvement, il ne passe, par le pylore, pendant toute la durée d'examen, aucune trace de baryte qui permette de vérifier l'état du duodénum. L'estomac se présente comme atteint d'une sténose pylorique.

Le 6 juin 1932, les crises se sont un peu espacées. L'estomac présente un gros clapotage gastrique plusieurs heures après le petit déjeuner.

En mars 1934, les crises s'étant répétées toutes les 2 ou 3 semaines, l'une d'elles, plus violente, amène la malade à séjourner quinze jours à la Charité. L'état est légèrement fébrile et un ictère très bref apparaît.

En mai 1934, la malade revient consulter : ses crises douloureuses continuent, mais elle attire l'attention sur les douleurs qu'elle présente du côté gauche du ventre, au décours de ses crises.

Le côlon descendant est sensible. La palpation de la fosse iliaque droite décèle un cæcum gros, gargouillant et un peu douloureux.

L'examen radiologique après lavement baryté montre une légère contracture du côlon transverse et du côlon gauche.

Le transit montre que la vacuité gastrique n'est pas, à ce moment, retardée, et est achevée à la quatrième heure. A la neuvième heure, il existe une stase nette de l'iléon.

Le cæco-côlon ascendant est injecté, mais douloureux sur toute sa hauteur. Ses incisures sont très marquées.

Pour la première fois, sans écarter les diagnostics antérieurement portés, on estime que, dans la symptomatologie,

les troubles intestinaux ont leur importance, et on institue contre eux un régime et un traitement.

Pour la première fois, aussi, on obtient un résultat thérapeutique.

La malade, heureuse de pouvoir enfin manger à son aise, nous précise le 20 octobre 1934 qu'elle ne souffre plus désormais après le repas, n'accuse plus de douleur dans la région hépatique quoi qu'en fait son foie reste gros, n'a plus envie de dormir après les repas, et que ses migraines se sont atténuées. Néanmoins, elle continue à éprouver un léger gonflement épigastrique après avoir mangé.

Bref, une amélioration clinique nette est enfin obtenue : nous constatons, qu'elle soit conséquence ou cause, une disparition parallèle de la stase iléale que nous avions antérieurement constatée.

Obs. XX. — Mme All..., 45 ans, vient consulter le 8 juin 1934, pour des troubles digestifs apparus progressivement il y a environ 6 ans, et évoluant depuis par périodes séparées de phases d'accalmie complète. Il s'agit de douleurs sourdes siégeant dans l'hypocondre droit et sous le rebord costal droit, et irradiant dans le dos, parfois vers l'omoplate droite, plus rarement aussi vers le côté gauche. Ces douleurs sourdes, continues, sont sans rapport apparent avec les repas, s'exagérant le soir et persistant parfois toute la nuit au point d'être cause d'insomnie. Elles s'accompagnent de ballonnement abdominal parfois extrêmement intense, de nausées, d'émissions rectales fréquentes de gaz, d'un état de malaise général, et d'anorexie importante. Fréquemment la malade éprouve au cours de ces crises douloureuses, des frissons répétés. La période des douleurs s'accompagne de constipation tenace et sa terminaison est marquée par une crise diarrhéique. On note enfin, au cours des périodes douloureuses, des bouffées de chaleur, des vertiges, des palpitations, de la dyspnée d'effort, symptômes dans l'interprétation desquels il semble bien qu'on doive tenir surtout compte de la répercussion nerveuse que les troubles digestifs ont eue sur la malade.

On note dans les antécédents éloignés le paludisme. La malade a cinq enfants et a eu quatre fausses couches.

A l'examen de l'abdomen, on trouve une sensibilité du côté gauche, le long du côlon, dont on perçoit la corde descendante, et, du côté droit, une douleur vive à la palpation du cæcum. On note une légère cellulite abdominale. Le foie est un peu augmenté de volume, sans sensibilité.

La rate est percutable.

Le reste de l'examen clinique ne révèle rien d'anormal.

Après lavement baryté, la radiographie montre, outre une ptose du transverse, un spasme important étendu à tout le côlon descendant.

Les contours du cæcum apparaissent flous, imprécis, du fait, semble-t-il, des matières qu'il contient.

Au cours du transit, on note à la cinquième heure, la vacuité gastrique. La baryte est répartie de façon étalée dans l'iléon, la tête du repas étant arrêtée à la valvule iléo-côlique, sans qu'il y ait encore début de passage dans le côlon. A la neuvième heure, on trouve une stase iléale importante, la moitié de la baryte étant encore dans l'iléon. Lorsque, sous l'écran, on roule sous le doigt la dernière anse iléale ou lorsqu'on appuie en regard de la valvule, en inclinaisons diverses, on provoque une douleur vive : cette manœuvre entraîne en outre, à chaque fois, des douleurs épigastriques et des nausées. Le cæcum est sensible, mais moins intensément ; il semble très peu mobile. Cette sensibilité diffuse sur tout le côlon ascendant. La tête du repas baryté est à l'angle côlique droit.

Nous n'avons pas revu la malade depuis que nous lui avons donné le traitement qui nous paraissait convenir à sa cõlité spasmodique.

Obs. XXI. — M. Bar..., peintre, âgé de 30 ans, entre à l'hôpital en septembre 1933, pour une longue histoire de crises abdominales douloureuses, avec constipation et vomissements.

Parfaitement bien portant jusqu'en 1929, avec des fonctions intestinales régulières, il a présenté une première crise

à la fin de 1929, d'apparition brutale, douleur très vive épigastrique et ombilicale avec vomissements et constipation, malaises, vertiges.

Cette crise a duré 15 jours, avec des paroxysmes pénibles le premier jour, puis des douleurs de moins en moins violentes en même temps que les selles réapparaissaient. Le malade a subi à ce moment un amaigrissement de 6 kilos.

Depuis, le malade ne s'est jamais complètement rétabli et il persiste un état de constipation chronique avec, dès que la constipation s'accroît, des nausées et des vomissements, des douleurs abdominales plus ou moins nettes. Tous ces troubles sont calmés par les laxatifs.

Le malade insiste sur les vertiges et la céphalée très intense qui accompagnent ces petites crises.

Sur ce fond de troubles abdominaux chroniques, on note des crises aiguës en 1930, en 1931, en 1932 surtout (elles durent 6 jours avec douleurs très violentes, constipation marquée) — en 1933 enfin, une crise nécessite l'hospitalisation.

Le caractère des troubles est alors précisé. Constipation très opiniâtre, nécessitant des lavements tous les 2 jours ; les douleurs accompagnent toujours ces phases de constipation. Troubles gastriques dans la demi-heure qui suit le repas : éructations, douleurs qui siègent nettement à gauche et d'irradiation ascendante vers la partie gauche du thorax avec sensation de fatigue et de lourdeur très nette dans le bras et jusque dans la main gauche.

A l'examen, ventre plat, respirant bien et souple.

La fosse iliaque droite est libre. Le cæcum est un peu gorgé et légèrement sensible.

Tout le reste de l'abdomen est sensible et on réveille un point douloureux net para-ombilical gauche.

On sent le côlon descendant spasmodique sous le doigt.

Par ailleurs, l'examen clinique est négatif.

L'examen radiologique révèle des alternatives d'hypo et d'hyperkinésie gastrique. Atonie avec ptose légère du bas-fond de l'estomac.

Pas d'image anormale des contours.

Au cours du lavement baryté, on constate quelques spasmes

sur le côlon gauche, cédant en partie au cours de l'administration du lavement.

Un gros cæcum et un gros côlon ascendant.

La zone douloureuse indiquée par le malade est située à 3 travers de doigt au-dessous du transverse et cette douleur n'est pas modifiée par des pressions latérales exercées sur les segments coliques.

L'étude du transit montre une *stase iléale légère*, à la 9^e heure. Le cæcum injecté accuse une sensibilité diffuse, plus marquée sur la région valvulaire, sans qu'on puisse en discerner un autre point électivement douloureux.

Appendicectomie le 30 novembre 1933. Appendice d'aspect macroscopique normal. Microscopiquement, distension de la lumière appendiculaire par des produits stercoraux. La muqueuse est conservée, mais distendue. Les follicules lymphoïdes sont en hyperplasie avec centre clair important. Infiltration et sclérose de la sous-muqueuse avec distension lymphatique en certains points.

Le malade n'a pas été amélioré dans les mois qui suivirent l'intervention.

Un *nouvel examen radiologique* pratiqué le 6 janvier 1934 montre un très gros cæco-côlon droit, avec persistance de la cölite spasmodique gauche.

Le 22 septembre 1934, le malade va mieux, mais proteste, lorsqu'on lui demande si l'appendicectomie l'a amélioré. Il s'est mis de lui-même à de petites cures de magnésium depuis 2 mois qui seules lui ont donné quelques soulagements, à condition qu'il ne les cesse pas quelques jours.

Obs. XXII. — Mad. Bid..., 52 ans, vendeuse de magasin, vient consulter le 23 octobre 1931, pour des crises douloureuses siégeant au niveau du rebord costal droit et sous le sein droit, à type de colique, et irradiant dans le dos et dans l'épaule du même côté.

Depuis 5 ans, ces crises surviennent par périodes de deux à trois mois commençant souvent deux ou trois heures après le repas de midi, se prolongeant jusqu'à 7 heures du soir, se

calmant par le décubitus dorsal et se reproduisant chaque jour pendant la durée de la période douloureuse.

Ces crises s'accompagnent de nausées sans vomissement, d'ictère, de selles décolorées, de pollakiurie nocturne. La malade n'a pas remarqué de modification des urines quant à leur couleur, peut être plus foncée, dit-elle cependant. Elle n'a pas pris non plus sa température.

La malade souffre d'une constipation chronique depuis 20 ans, se plaint de ballonnement après les repas.

On note dans ses antécédents une fausse-couche, et une hystéropexie pratiquée il y a 8 ans.

L'examen abdominal montre sous un pannicule adipeux bien développé une sensibilité de la région iléo-cæcale et un point douloureux vésiculaire net en positions couchée et assise. Le foie a des dimensions normales et est légèrement sensible. Les épreuves de galactosurie provoquée donnent des résultats normaux. La rate est de volume normal.

L'examen des autres appareils ne révèle aucun signe particulier.

L'examen radiologique montre après ingestion de tétraïode une vésicule perméable. Le duodénum présente d'importantes déformations du *genu superius* sans manifestation de sténose, sans image caractérisée d'ulcus.

L'apparition d'une nouvelle crise très douloureuse avec léger subictère et selles mastics conduit à conseiller l'intervention.

L'exploration ne montre rien d'anormal au niveau de l'estomac, ni du duodénum. La vésicule est très grosse. On essaie en vain par des pressions successives de la vider, on n'y parvient qu'en la redressant et l'on s'aperçoit alors qu'il existe au niveau de son bassinnet un petit étranglement qui entraînait une coudure. De plus la vésicule présente, au lieu d'une teinte bleutée normale, une teinte blanchâtre. Dans ces conditions, on estime sage de pratiquer la cholécystectomie. La vésicule contenait une bile très noire. La péritonisation a été impossible. La paroi est fermée d'emblée.

Les suites immédiates de l'opération sont excellentes. La malade ne souffre plus, va régulièrement à la selle. Plusieurs

mois après cependant apparaissent des douleurs de la fosse iliaque droite, d'abord légères, puis plus intenses et quotidiennes. Ces douleurs ne durent que quelques semaines et la malade retrouve un état de santé parfait avec bon appétit et reprise de poids ; néanmoins une constipation importante persiste.

Le 24 novembre 1933, la malade revient consulter parce qu'elle a eu, quinze jours auparavant, une nouvelle crise avec douleur siégeant sous le rebord costal droit, irradiant vers l'épaule droite, avec ballonnement intense, sensation d'étouffement, coliques abdominales très vives et émission de gaz très nombreux calmant la douleur. Cette crise a duré deux jours, mais depuis la malade éprouve au même point une douleur sourde irradiant vers la fosse iliaque droite et continue à éprouver un gros ballonnement abdominal. Elle se plaint en outre de pollakiurie diurne et nocturne, de dysurie et de ténésme vésical. Les selles sont décolorées.

La radiographie après lavement baryté montre alors un *spasme étendu à tout le côlon descendant* et une énorme dilatation du cæco-côlon droit.

L'étude du transit montre que l'estomac est vide à la cinquième heure et qu'à la neuvième heure, existe une stase iléale importante. La moitié de la baryte est encore dans l'iléon, l'autre remplit un cæco-côlon ascendant dont le volume normal ne rappelle aucunement l'image obtenue par lavement. Le côlon ascendant présente des bords flous et irréguliers (matières probablement). Il existe au cours de l'examen une douleur nette sur la valvule iléo-cæcale et sur le dernier segment iléal.

Le traitement institué contre cette còlite gauche a amené une disparition, qui semble bien s'affirmer depuis, de tous les troubles accusés par la malade.

Stase iléale au cours des colites chez l'enfant.

Du point de vue de la stase iléale, les còlites de l'enfant n'offrent, vis-à-vis de celles de l'adulte, que la particularité d'une résistance moins grande aux thé-

rapeutiques usuelles et de rémissions plus complètes permettant de mieux mettre en évidence le parallélisme de la stase iléale et de la réaction côlique. Chez l'enfant comme chez l'adulte, cette stase s'accompagne volontiers d'une douleur sur le segment terminal de l'iléon. Un traitement médical fait souvent céder rapidement les phénomènes côliques, la stase iléale, la termino-iléalgie, tout à la fois, et ainsi disparaît une symptomatologie qui objectivement, à la palpation abdominale, eût volontiers fait envisager l'appendicectomie. Pourvu qu'elle soit pratiquée en période de rémission, celle-ci ne nous apparaît d'ailleurs pas comme une erreur thérapeutique. Qu'il y ait eu souvent erreur d'interprétation des signes objectifs, sans doute : il n'en reste pas moins qu'une atteinte appendiculaire est le plus souvent l'origine de telles réactions côliques.

Si ces réactions côliques sont fréquemment plus régressives que chez l'adulte, néanmoins pour peu qu'elles se prolongent et qu'avec elle se prolonge la stase iléale, les désordres produits sur l'état général s'affirmeront davantage que chez l'adulte. Plus nettement s'affirmera un tableau d'intoxication intestinale.

Obs. XXIII. — Jacqueline H., 11 ans, est amenée en décembre 1934 à la consultation des Enfants Assistés, pour des troubles intestinaux et une altération inquiétante de l'état général.

Sa pâleur est extrême, quoique la numération globulaire et le taux de l'hémoglobine du sang ne soient que légèrement modifiés. Son facies prend certains jours un caractère terreux plus marqué. Son entrain pour la classe et pour les jeux

a fait place à une asthénie telle qu'une station debout quelque peu prolongée lui devient insupportable. Son appétit est médiocre, et chaque repas est suivi de ballonnement abdominal et d'une somnolence durant une heure ou deux, tandis que surviennent de légères douleurs abdominales, diffuses et passagères.

Tous ces troubles sont apparus depuis quelques mois, progressivement, tandis qu'il survenaient une constipation inhabituelle et des coliques abdominales violentes lorsque l'enfant va à la garde-robe.

Les divers toniques utilisés pour remonter l'état général n'ont fait qu'exagérer les douleurs abdominales. Attribuant secondairement les troubles généraux au désordre intestinal, le médecin a prescrit des lavages intestinaux, qui ont été rapidement abandonnés en raison des douleurs insupportables qu'ils provoquaient.

L'examen de l'abdomen décèle un léger météorisme, une sensibilité du cadre cœlique. Le foie est un peu augmenté de volume, non douloureux. L'étude du transit intestinal montre une stase très importante de l'intestin grêle à la neuvième heure, avec douleur élective sur la terminaison de l'iléon et la valvule iléo-cæcale.

Le traitement médical prescrit fait disparaître rapidement les douleurs et le ballonnement abdominal qui suivent le repas, tandis que persistent les coliques au moment des efforts de défécation. La stase iléale persiste, quoique un peu moins importante.

Un mois plus tard, l'amélioration des troubles fonctionnels est plus importante : seules persistent quelques douleurs de la fosse iliaque gauche, au moment de l'émission des selles. Le teint de l'enfant est meilleur. L'asthénie a disparu. La stase iléale n'est plus retrouvée.

Quinze jours après, l'enfant est examinée à nouveau après continuation du même traitement intestinal. Son aspect est transformé. Elle ne se plaint plus d'aucun trouble. Le transit intestinal est normal.

STASE ILÉALE AU COURS DES DOLICHOCÔLONS

Nous avons systématiquement recherché la stase iléale au cours des dolichocôlons. Nous n'en avons pas eu l'occasion chez des malades dont le dolichocôlon était latent, sauf chez un malade dont nous avons plus haut cité l'observation (Obs. VI), et qui était venu à nous pour une appendicite chronique indiscutable. La stase iléale était absente. Ce n'est chez lui qu'après une appendicectomie que, prenant le dolichocôlon sigmoïdien en considération, on institua, pour parfaire l'amélioration du malade, un régime sans farineux, très sévère, qui déterminait une côlite surajoutée dont il n'existait, auparavant, aucun signe. Ce n'est qu'alors que ce dolichocôlon s'accompagna, passagèrement d'ailleurs, de stase iléale.

La plupart des malades porteurs de dolichocôlon que nous avons examinés venaient consulter pour des troubles déterminés par celui-ci. Nous n'avons d'ailleurs retenu, parmi nos malades, que ceux dont les allongements côliques étaient suffisamment importants pour que leur caractère pathologique ne soit pas discutable.

Certains mêmes, porteurs d'un dolichocôlon considérable, ne présentaient aucune stase iléale.

D'autres plus nombreux en étaient atteints, et il nous est apparu nettement que, dans la règle, ceux-ci

présentaient, en réalité, un état de côlite qui était surajouté au dolichocôlon et qui en avait exagéré ou fait apparaître les troubles fonctionnels. Tel ce malade, dont la constipation tenace avait fait place à des troubles diarrhéiques et dont nous citons l'observation :

Obs. XXIV. — M. Vert..., âgé de 59 ans, vient consulter le 27 juin 1933, pour constipation opiniâtre ; depuis 8 ans, il ne peut aller à la selle sans prendre de laxatifs.

Il prend surtout du sulfate de soude qui occasionne après plusieurs jours des douleurs et de la sensibilité abdominale. Le malade reste parfois 4 à 5 jours sans aller à la selle s'il ne prend pas de laxatifs. Il a des matières dures, déformées, ovilées.

L'appétit est bien conservé. Pas de céphalée.

Le malade se plaint aussi de pituites matutinales et d'hémorroïdes internes depuis 4 ans qui saignent rarement.

A l'examen, abdomen météorisé. Foie normal, non douloureux.

Toucher rectal négatif.

En résumé, cliniquement, il s'agit d'une constipation opiniâtre, depuis 8 ans, avec léger retentissement gastrique.

30 juin 1933 : L'étude du transit révèle l'existence d'un *dolichocôlon* gauche et transverse. Position anormalement haute et oblique du côlon ascendant.

Le 13 juillet 1933 : Le malade accuse une sensation de faim pénible qui se calme par l'ingestion d'aliments, survenant 5 heures après les repas. Elle ne dure qu'une journée et disparaît ensuite des mois entiers.

Le 9 septembre 1933 : Coliques douloureuses dans l'étagé sous-ombilical, se dirigeant de droite à gauche, non suivies de défécation ou de gaz. Elles ont commencé brusquement après une selle diarrhéique, et ont persisté, intermittentes, toute la journée et la nuit.

20 octobre 1933 : Soulagement complet de tous les symp-

tômes. Etat général excellent. Le malade a repris du poids (1 kg. 500). Selles régulières et quotidiennes, pâteuses.

19 décembre 1933 : Le malade revient parce qu'il maigrit d'une façon progressive. Il a toujours des selles pâteuses, mais peu abondantes.

Le 24 avril 1934 : L'amaigrissement s'est encore accentué.

Le 11 mai : Il revient après une série de piqûres de caco-dylate de soude. Son poids est resté stationnaire et c'est ce qui tourmente le malade.

Par ailleurs, ses selles sont parfois diarrhéiques et les douleurs persistent, quoique plus frustes. Quelques nausées de temps en temps.

L'étude du transit du 26 mai 1934 montre un estomac vide après la cinquième heure.

A la neuvième heure, en refoulant en dedans le transverse, on voit un cæcum gros, mais de bords réguliers et non douloureux. De son bord interne part une fine trace iléale rejoignant quelques amas *iléaux* de baryte en position rétro-pubienne.

Donc *stase iléale nette*.

STASE ILÉALE AU COURS DES AFFECTIONS VÉSICULAIRES

La facilité avec laquelle l'appareil iléo-côlique reçoit des réflexes à distance nous a amené à rechercher les retentissements que sont capables d'avoir sur lui les affections vésiculaires. La stase iléale apparaît, de fait, fréquemment au cours des atteintes diverses de la vésicule.

Les cholécystites calculeuses nous apparaissaient comme les plus aptes à mettre en évidence cette coexistence. Presque toutes celles que nous avons observées avaient déjà conduit à l'intervention et les malades revenaient consulter pour des troubles digestifs de l'ordre de ceux que nous avons précédemment envisagés. Aussi l'existence de stase iléale fréquemment constatée chez ces malades cholécystectomisés ne nous permettait-elle aucune conclusion sur les rapports de la lithiasie vésiculaire et de la stase iléale, ni sur les effets de la cholécystectomie sur cette dernière. Chez une seule malade, dont nous citons plus loin l'observation, nous avons pu, avant la cholécystectomie, pratiquer un transit. Il y avait une stase iléale nette. L'amélioration obtenue par l'intervention semble avoir porté aussi sur cette stase.

Les cholécystites non lithiasiques marchent souvent de pair avec une stase iléale, mais la coexistence de typhlo-côlite, chez les malades que nous avons étu-

diés, ne nous ont pas permis de préciser s'il y avait entre la stase et l'atteinte vésiculaire un rapport étroit.

Enfin quelques malades se sont présentés à nous avec des douleurs abdominales hautes et épigastriques, et des vomissements bilieux. Ils ne présentaient à l'examen clinique qu'une sensibilité au point vésiculaire. La vésicule imprégnée après ingestion de tétraïode apparaissait dilatée, atonique. Le tubage duodénal, après épreuve de Meltzer-Lyon, donnait, en réponse vésiculaire, une bile très noire abondante. Tous les autres examens complémentaires étaient négatifs, et l'atonie vésiculaire restait le seul élément objectif anormal. En pareil cas, et nous en apportons plus loin un exemple, nous avons trouvé, sans oser l'affirmer parce que ces malades étudiés furent rares, une stase iléale, avec une anse terminale animée de peu de contractions et rappelant les stases par atonie du grêle que nous envisagerons plus loin.

Obs. XXV. — Mme Adèle B..., âgée de 54 ans, entre dans le Service en janvier 1933 pour des douleurs épigastriques et des vomissements.

Ces douleurs surviennent par crises, depuis un an, siégeant au creux épigastrique et irradiant vers l'hypocondre droit et le dos, puis à tout l'abdomen et durant 24 à 36 heures.

Elles s'accompagnent de vomissements fréquents provoqués par l'alimentation et dans lesquels elle dit avoir remarqué dernièrement quelques filets de sang rouge.

Ces crises s'accompagnent en outre de selles très décolorées et d'une altération assez marquée de l'état général : amaigrissement, anorexie, asthénie.

A noter que, dans l'intervalle des crises, il persiste tou-

jours quelques troubles digestifs banaux : digestions lentes, pesanteur gastrique post-prandiale, somnolence ; troubles qui se manifestent moins souvent si la malade prend la précaution de s'étendre après chaque repas.

L'examen montre une sensibilité marquée de tout le cadre colique qui est douloureux à la palpation ainsi qu'une douleur au niveau de la région épigastrique.

La palpation de la fosse iliaque droite est sensible et il existe un point douloureux très net et vif dans la région appendiculaire.

Le foie est normal.

La rate non perceptible.

Par ailleurs, la malade, qui aurait été traitée pour de l'hypertension, a actuellement une tension de 9-14 1/2. Le pouls est régulier. Le cœur paraît normal à l'auscultation.

Le reste de l'examen est négatif.

Exploration intra-gastrique (9 février 1933) :

Liquide gastrique : acidité totale 2 gr. %.

Réaction de Meyer : négative.

Examen radiologique :

Pas de troubles moteurs importants de l'estomac. Bulbe extrêmement petit, se remplissant mal et douloureux. Il se déplace en passant du décubitus à la station debout. Il ne semble pas qu'il existe de périoduodénite.

La malade est revue le 19 janvier 1934.

Après sa sortie de l'hôpital, elle était restée au moins 5 mois sans souffrance, mais digérant mal.

A ce moment, elle avait commencé à maigrir d'une façon importante : 14 kgs en 3 mois. En même temps, apparaissaient des douleurs intenses, semblables aux précédentes, mais ayant une tendance à s'espacer.

Cependant l'état général est atteint et, outre son amaigrissement, la malade se plaint d'un état d'asthénie extrême, augmentant à chaque nouvelle crise.

L'examen montre à cette date :

— un point de Murphy net ;

— une douleur diffuse dans la région abdominale droite.

Mais on est gêné pour apprécier la réalité d'une appendicite par les antécédents de la malade qui a subi, en 1929, une hystérectomie, ayant peut-être comporté une appendicectomie de sécurité.

L'examen radiologique, pratiqué le 2 février 1934, révèle :

— une ombre vésiculaire marbrée de nombreuses petites taches rondes ;

— un côlon régulier ; une zone appendiculaire sans sensibilité particulière, au cours du lavement baryté.

Radiologiquement, on porte donc le diagnostic de *cholécystite calculeuse*.

L'étude du transit montre à la neuvième heure une stase iléale nette avec point douloureux exactement sur la valvule iléo-cæcale. La zone d'implantation de l'appendice, autant qu'on la puisse différencier, n'est pas sensible, et il semble qu'on puisse écarter une atteinte organique du carrefour inférieur.

Opération le 5 mars 1934 : Cholécystectomie. On profite de l'intervention pour enlever l'appendice qui paraît peu altéré macroscopiquement et ne présente microscopiquement qu'un peu de sclérose de la sous-muqueuse avec distension légère des lymphatiques.

La cholécystectomie semble bien avoir été judicieuse. La malade est, depuis, nettement améliorée. Elle n'accuse plus qu'une certaine sensation de lourdeur à la marche au niveau de sa cicatrice.

La stase iléale n'est plus qu'extrêmement légère, la baryte ne persistant que dans les tout derniers centimètres de l'iléon à la huitième heure. Il nous a été impossible d'examiner la malade à la neuvième heure.

Obs. XXVI. — M. Ch..., 38 ans, manœuvre, entre le 28 mai 1934 à l'hôpital Bichat, pour une crise douloureuse abdominale ayant commencé six jours avant.

Le début de la maladie remonte au mois de juillet 1933. A cette date, et pour la première fois, le malade a présenté un épisode abdominal aigu, douloureux.

Des douleurs sont apparues progressivement, d'abord lé-

gères, puis intenses, obligeant le malade à s'aliter. Douleurs continues, à type de torsion, intéressant toute la partie haute de l'abdomen, avec maximum au creux épigastrique, sans irradiation précise.

En même temps, ces douleurs se sont accompagnées de vomissements bilieux, abondants, d'une fréquence particulière, ne contenant pas de sang.

L'intolérance gastrique était absolue. La constipation opiniâtre, avec arrêt des gaz presque complet.

Le malade n'a pas pris sa température à ce moment.

Cette crise s'est prolongée une dizaine de jours, avec alternance de phases d'accalmie et de recrudescence. Sa terminaison a été marquée par une émission abondante de gaz et de matières fortement colorées et le soulagement du malade a été presque immédiat.

Au décours de cette crise, serait apparu un léger subictère des conjonctives, avec urines foncées, mais sans décoloration des matières, sans prurit. L'appétit a repris rapidement et normalement.

De juillet 1933 à mars 1934 sont survenues deux crises, en tous points comparables à la crise initiale, avec périodes intercalaires, de bonne santé, où n'existait comme élément pathologique qu'une constipation, d'ailleurs habituelle.

A la suite de sa dernière crise, le malade a été hospitalisé dans un service de chirurgie, où a été pratiquée une appendicectomie.

Le 22 mai, après un mois de calme absolu, le malade présente un nouvel épisode douloureux, semblable au précédent, mais avec des vomissements moins fréquents et une durée moins longue. Il éprouve en effet au bout de 4 jours un soulagement soudain, après avoir eu une selle. La température, au cours de cette crise, est montée à 38°3. C'est à la suite de ce dernier épisode douloureux, survenu malgré l'appendicectomie antérieure, que le malade entre à l'hôpital.

On ne note dans les antécédents que quelques habitudes d'éthylisme, sans manifestation d'intoxication chronique.

A l'examen, le foie est un peu gros, débordant de deux travers de doigt le rebord costal, de consistance un peu aug-

mentée et légèrement sensible au palper. La sensibilité paraît plus nette dans la région vésiculaire au cours des inspirations profondes. La rate est normale. La cicatrice d'appendicectomie est indolore. L'examen de l'appareil cardio-vasculaire, des poumons et du système nerveux ne révèle aucun signe anormal.

La radiographie montre après lavement baryté un côlon régulier et non douloureux. L'estomac et le duodénum apparaissent radiologiquement normaux. Après ingestion de tétraïode, la vésicule s'injecte bien et apparaît énorme, dilatée, atonique, sans calcul visible. Au cours du tubage duodénal, l'épreuve de Meltzer-Lyon donne une bonne réponse vésiculaire, mais avec bile très foncée et très abondante.

L'étude du transit montre un estomac vide à la cinquième heure. A la neuvième heure, l'iléon contient encore nettement de la baryte.

La dernière anse est de volume légèrement exagéré, animée de peu de contractions, sensible lorsqu'on la roule sous le doigt.

STASE ILÉALE PAR ATONIE DU GRÊLE

De l'ensemble des stases iléales fonctionnelles dont l'obstacle est essentiellement la valvule iléo-cæcale et qui n'apparaissent que comme une exagération de la stase physiologique, s'écarte un type particulier de stase ayant sa cause dans l'atonie de l'intestin grêle.

Certes, on peut dire que dans toute stase iléale existe toujours une certaine degré de défaillance de tonus de l'intestin grêle, et que devant un obstacle organique ou fonctionnel, le tonus des fibres musculaires iléales du segment en amont manque à sa tâche et reste incapable de s'intensifier suffisamment pour éviter la stase. En pareil cas, néanmoins, l'aspect hypertonique du segment pré-valvulaire, la netteté de ses ondes, de ses mouvements de transport souvent vains, suffit à affirmer qu'il y a lutte.

Nous voulons parler ici au contraire de stase où l'anse pré-valvulaire reste indéfiniment quasi-immobile, sans qu'il s'agisse de rigidité par spasme. Aucune onde même ne s'y dessine, et si la baryte s'écoule lentement dans le cæcum, c'est par un mécanisme imperceptible, comme poussée simplement par l'arrière du train baryté. Arrivé lentement au niveau de l'appareil pré-valvulaire, le contenu iléal y stagne parce que celui-ci est paresseux. Cette paresse ne semble d'ailleurs pas seulement le propre de la dernière anse iléale : l'ensemble du jéjuno-iléon, qui doit apporter la baryte

à l'antra pré-valvulaire, remplit mal son rôle, lui aussi. Sans qu'il semble avoir été fragmenté par des spasmes intermittents, le train baryté chemine même quelquefois par wagons isolés et espacés. Certains d'entre eux étant passés paresseusement dans le cæcum, les autres restent amassés en une masse pelvienne et, pendant de longs instants, la dernière anse iléale est vide de baryte sans qu'on puisse incriminer un spasme. En pareil cas, il semble que la défaillance de l'iléon soit moins une paresse de l'appareil propulseur pré-valvulaire qu'une paresse de tout l'iléon qui ne lui apporte pas le contenu à propulser dans le cæcum. Qu'elles relèvent d'atonie prédominante sur l'anse termino-iléale, ou qu'elles relèvent d'atonie généralisée de l'iléon, ces stases ont été observées par nous chez des sujets ayant souvent une hypotonie musculaire généralisée, chez des vieillards, chez des malades présentant des éventrations. Une de nos malades présentant ce type de stase iléale avait été opérée pour un prolapsus utérin.

Obs. XXVII. — M. Tr..., 65 ans, vient consulter le 7 août 1934 pour des troubles gastro-intestinaux, qui se sont surtout aggravés depuis qu'en avril dernier, il a fait une crise d'occlusion. Ils n'étaient auparavant, depuis quelques années, que très légers, sans constipation apparente, lorsque brutalement survinrent des douleurs abdominales très vives avec ballonnement intense. Le médecin appelé redouta une occlusion, devant ce tableau brutal, et pourtant les selles ne manquèrent qu'un seul jour. Malgré les vomissements apparus le lendemain, la réapparition des selles écarta le diagnostic hésitant d'occlusion. Mais, depuis, le malade se plaint presque continuellement, avec de brèves accalmies de un ou

deux jours, de douleurs épigastriques, 3 à 4 heures après le repas, calmées par les aliments, accompagnées de nausées et de régurgitations gazeuses. Il se plaint surtout de coliques

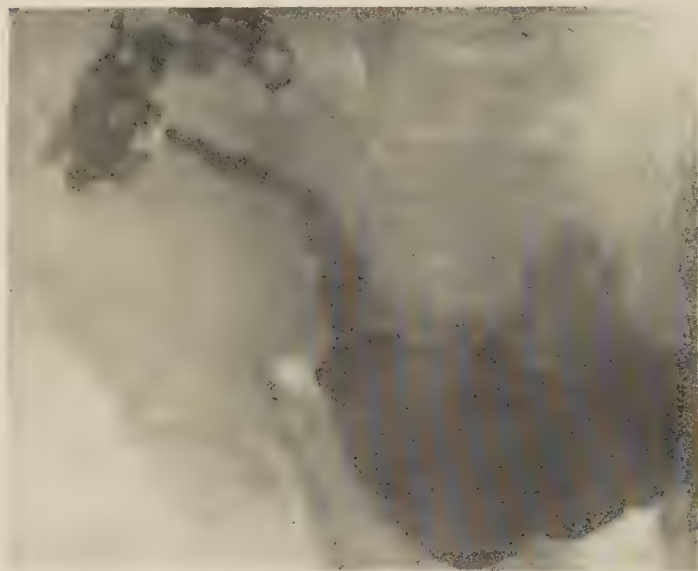


FIG. 17

abdominales diffuses. Il n'est pas constipé, n'a jamais de diarrhée. Il n'a pas de migraines, mais accuse après chaque repas une somnolence qui était surtout accentuée dans la période où survint la crise pseudo-occlusive. Il semble bien avoir été toujours tempérant : mais son sommeil est mauvais, troublé de cauchemars. Il se sent mal à l'aise, sans pouvoir bien définir, en dehors de ses douleurs et de son ballonnement abdominal, la nature même de ses troubles. Le malade est maigre depuis de nombreuses années.

A l'examen, on constate un ventre un peu distendu avec

une paroi musculaire mince, de mauvaise qualité. Il existe une double éventration. La palpation ne provoque pas de douleur. A peine existe-t-il une certaine sensibilité diffuse de la partie gauche du ventre. On ne note pas de douleur sur le



FIG. 18

trajet còlique. Le foie semble de consistance et volume normaux. Le système cardio-vasculaire ne présente rien d'anormal. La T. A. est de 12-7. Le système nerveux apparaît normal.

Après lavement baryté, on ne note qu'un allongement du côlon transverse.

L'étude du transit montre que, dès la troisième heure, l'es-

tomac est vide. Il existe à la neuvième heure une stase iléale considérable. Le cæcum commence à peine à s'injecter, dessinant en regard de la valvule son étranglement habituel. L'anse termino-iléale, pendant toute la durée de l'examen, est atonique, presque dépourvue de mouvements. La plus grande partie de la baryte reste amassée dans les anses iléales en position pelvienne.

Une seconde radiographie précise l'aspect normal de la valvule et l'absence de lésion organique sur l'anse termino-iléale. Celle-ci n'est pas en état de spasme et se laisse étaler aisément sous le palpeur. Au moment où la seconde radiographie est prise, il y a malgré l'absence de contraction nette de l'antré, un léger passage de baryte vers le cæcum.

Outre son type particulier d'atonie, cette observation, par la stase considérable qu'elle comporte, a l'intérêt d'affirmer une fois de plus qu'un malade peut avoir une stase iléale sans présenter couramment la moindre constipation apparente.

LES
FAUSSES STASES ILÉALES
PAR REFLUX

LES FAUSSES STASES ILÉALES PAR REFLUX

Lorsqu'on examine sous l'écran le fonctionnement de l'anse termino-iléale et que, de temps à autre, on voit l'onde de propulsion avorter et la baryte refluer de l'antra prévalvulaire vers le segment iléal qui le précède, on est tenté de penser que ce cheminement rétrograde est peut-être alimenté par un reflux du cæcum vers l'iléon. On l'est d'autant plus que dès que le cæcum a commencé à se remplir, sa baryte masque beaucoup l'image de la valvule et qu'il devient difficile de discerner les modifications qu'elle est susceptible de subir. L'antra semble pouvoir imperceptiblement recevoir de la baryte par reflux, et lorsqu'on la voit parfaire sa réplétion, on peut se demander si l'ombre linéaire qui la relie au cæcum ou celle qui la relie au reste de l'iléon a servi de voie à la baryte.

En réalité, lorsqu'on suit le flux normal iléo-côlique on ne constate guère, jusqu'à ce que le dernier fragment de bismuth soit passé dans le cæcum tout au moins, aucun reflux côlo-iléal. On peut s'en convaincre :

1° Parce que, lorsque l'antra prévalvulaire se gonfle, il y a toujours dans le segment en amont une onde descendante soit par cylindre de transport, soit par ondulations successives.

2° Parce que, si l'on envisage l'image du transit, lorsque le cæcum est à peine rempli ou lorsque l'iléon

est déjà presque vide, on n'observe pas une diminution passagère de la réplétion cæcale ou un allongement passager de colonne barytée iléale.

Mais si une fausse stase par reflux ne semble pas se réaliser au cours du flux descendant iléo-côlique, et pouvoir se superposer à une vraie stase, n'est-elle pas capable de se produire indépendamment une fois que l'iléon s'est complètement vidé ?

Le principal argument fourni pour l'existence de ce reflux pathologique, de cette fausse stase iléale, a été la constatation d'une insuffisance de la valvule de Bauhin au cours du lavement baryté.

Si un reflux peut se produire du côlon vers l'iléon, deux mécanismes sont capables d'y présider : l'ouverture active par contraction de l'appareil prévalvulaire et l'ouverture passive par atonie.

L'atonie nous paraît rarement capable à elle seule de produire l'ouverture. Nous pensons qu'une distension du cæcum est incapable de forcer une valvule passive, si la musculature cæcale est saine, car la disposition anatomique de cette valvule suffit alors, par elle-même, à s'opposer au reflux. Une distension ne fera que brider transversalement les lèvres valvulaires et n'aura tendance qu'à accroître leur fermeture. Mais certaines typhlites s'accompagnent d'une musculature cæcale de qualité médiocre et les fibres musculaires de la dernière anse iléale participent à cette médiocrité. Spontanément ces typhlites comportent une facilité très grande à la distension, et comme une dilatation ventriculaire gauche entraîne une insuffisance

mitrale fonctionnelle, on peut penser que la tendance à la distension du cæcum, objectivée par le lavement, peut entraîner une insuffisance de la valvule de Bauhin. Pour notre part nous n'admettons « la possibilité » de ce mécanisme d'ouverture passive de la valvule par atonie que lorsque, au cours du lavement, on observe, au moment où un cæcum très distendu se remplit, une injection iléale immédiate sans mouvement de l'anse termino-iléale. Ce mécanisme nous paraît rarement en cause, à lui seul.

— L'ouverture active de la valvule par contraction de l'appareil prévalvulaire nous semble, dans bien des cas, s'ajouter à la distension du cæcum et à l'exagération de pression intracæcale pour réaliser le reflux observé au cours du lavement. Une contraction des fibres longitudinales, qui de l'iléon passent sur le côlon, entraîne à l'intérieur de la lumière cæcale une invagination plus marquée que normalement de l'iléon avec éversion des lèvres. Que les fibres circulaires des lèvres soient relâchées ou soient en tonus, la contraction de l'appareil prévalvulaire a l'importance prédominante et réalise l'ouverture. Il n'est d'ailleurs pas interdit de penser que les fibres circulaires puissent, comme dans les lèvres de la bouche, avoir dans leur contraction un effet variable. Ces dernières sont contractées lorsqu'on ferme la bouche, elles se contractent pourtant aussi, et alors exagérément, lorsqu'on donne aux lèvres une attitude d'éversion forcée comme dans l'acte de succion. Quoi qu'il en soit, la contraction des fibres longitudinales nous

paraît à elle seule pouvoir ouvrir la valvule iléo-cæcale.



FIG. 19

La meilleure démonstration de cette ouverture active serait de présenter un cliché montrant l'aspect en gargouille dans le cæcum de la terminaison iléale : le

remplissage préliminaire du cæcum par lavement baryté ne permet guère sa réalisation. Néanmoins, dans certains cas où une distension modérée du cæcum n'augmentait pas trop ses dimensions sagittales, nous avons pu lire sur des clichés après lavement baryté l'aspect moins probant de l'iléon enfoncé « en coin » dans le bord interne cæcal.

Sur d'autres radiographies, telle que celle qui est ci-jointe, on peut, au cours du reflux, voir se produire la disposition en « tête de canard » de l'anse termino-iléale, avec quelques plis horizontaux parallèles, témoignant d'un état de contraction. Sous l'antre, l'anse iléale dessine des ondes de contraction antipéristaltique. Si l'on ne voyait le cadre cœlique en tel état de réplétion, on pourrait penser que de telles radiographies montrent le fonctionnement actif valvulaire et prévalvulaire au cours du transit.

Au surplus, la difficulté qu'on a à provoquer le reflux en distendant le cæcum du cadavre, la facilité qu'on trouve à l'obtenir radiologiquement par lavement, réalisent une opposition mettant en évidence l'intervention d'un phénomène actif au niveau de la valvule.

PRÉCAUTIONS A PRENDRE AU COURS DU LAVEMENT BARYTÉ DANS LA RECHERCHE DU REFLUX ILÉAL

Dire qu'au cours du lavement baryté, le reflux iléal est dans la règle conditionné par une ouverture active de la valvule, par une contraction de l'appareil valvulaire, c'est presque condamner l'intérêt de ce reflux car le lavement baryté est une méthode d'examen capable de déclencher de multiples réflexes et nous savons que la valvule iléo-cæcale y répond facilement. Nous estimons en effet que, dans la grande majorité des cas, l'insuffisance de la valvule n'a aucune valeur et ne possède que la signification d'un réflexe.

Si donc nous parlons des précautions à prendre au cours du lavement baryté, ce n'est que pour signaler que, sous certaines conditions, on peut déclencher moins fréquemment — nous allions écrire moins systématiquement — le reflux iléo-cæcal.

Les statistiques de fréquence de l'insuffisance de la valvule de Bauhin varient de façon invraisemblable : on les observe par centaines au cours d'une année dans certains services, alors que tel auteur allemand écrit un long article pour publier les cinq cas qu'il a observés. Qu'en penser sinon que ces différences ne peuvent guère tenir aux malades mais à la façon dont le lavement baryté est donné ? Il importe de ne réaliser ni dans l'ampoule rectale, siège facile de ré-

flexes, ni dans la région cœcale, une pression qui puisse être supérieure à la pression physiologique. Pour cela le récipient de baryte ne devra jamais être élevé à plus de 20 à 25 cm. ; c'est dire que le lavement ne pénétrera qu'avec une extrême lenteur, en un quart d'heure environ. Le fait de remplir d'un bout à l'autre un côlon réalise, notons-le en passant, une circonstance très artificielle, mais qui malheureusement est dans la règle nécessaire. Contrairement au côlon normal, ce côlon rempli de baryte ne recevra la moindre palpation abdominale qu'en augmentant brusquement sa pression intérieure, ce qui risque encore de déclencher un réflexe trompeur. Il faudrait donc s'abstenir, une fois le lavement donné, de toute pression sur le côlon et notamment sur la région iléo-cœcale. Ces précautions prises, on verra diminuer considérablement le nombre des insuffisances de la valvule de Bauhin qu'on avait coutume de provoquer à plaisir. Mais que de temps passé pour donner un lavement baryté à pression physiologique ! On conçoit qu'on se plie rarement à ces précautions. Celles-ci observées, les insuffisances qu'on continue à rencontrer sont-elles pathologiques ? Nous ne le croyons pas. Elles varient d'un sujet à un autre avec le caprice des terrains nerveux. On pourrait penser que cette susceptibilité de la valvule à la moindre excitation distante est pathologique si on ignorait la nécessité physiologique de réflexes, tel que le réflexe pyloro-iléal. Que la production d'un réflexe à point de départ rectal ou colique dans une circonstance telle que cæcum dis-

tendu de liquide et iléon vide, entraîne le reflux, il n'y a là rien d'étonnant. La progression du lavement est capable d'entraîner d'ailleurs dans le côlon ascendant des mouvements antipéristaltiques d'une vigueur inaccoutumée et il n'est pas étonnant que ceux-ci se prolongent sur l'anse termino-iléale. Il faut en outre songer que le liquide baryté introduit par lavement dans le cæcum est tout différent de la consistance de son contenu physiologique : certes ce n'est pratiquement qu'au cæcum que commence la densification du contenu intestinal, mais étant donnée l'arrivée par bouchées du train iléal, la deshydratation se fait relativement rapidement, et normalement le contenu cæcal a une consistance qui s'écarte beaucoup du liquide baryté introduit par lavement.

Vouloir deviner par lavement baryté, en définitive, la facilité que le contenu cæcal a à refluer, nous paraît donner trop de crédit à une méthode d'examen qui, en cette matière, reste trop artificielle. Que celle-ci permette d'étudier des modifications des parois côliques, sans doute, mais qu'elle puisse renseigner exactement sur la motricité, nous hésitons à le croire. Nous pensons de même que les résultats qu'elle donne quant aux aspects spasmodiques sur lesquels on table pour parler radiologiquement de cœlite appellent bien des réserves. Nous allons même plus loin en pensant qu'au cours du lavement, le déclenchement de mouvements antipéristaltiques, d'une vigueur toute artificielle, peut réaliser des aspects de distension cæcale dont on a droit de s'étonner, à en juger par les signes

cliniques et par les résultats de l'épreuve radiologique du transit cœlique. Malgré la facilité de la pratique du lavement baryté, surtout donné sans précautions, malgré les difficultés matérielles de l'épreuve du transit cœlique, nous avons maintes fois rencontré, entre les résultats de ces deux méthodes d'exploration, une discordance si grande que nous ne pourrions trop insister sur la valeur prédominante de la seconde et le caractère artificiel, antiphysiologique, de la première.

TECHNIQUE DE LA RECHERCHE DES FAUSSES ILÉALES PAR REFLUX

Il n'existe qu'une seule méthode correcte de recherche de l'insuffisance de la valvule de Bauhin : c'est l'étude du transit après ingestion barytée. Lorsque la baryte a complètement quitté l'iléon, on recherchera si, à nouveau, elle y revient.

Pour cela, on peut immédiatement appuyer sur le côlon ascendant en déprimant la paroi abdominale, et rechercher si cette pression entraîne une réplétion nouvelle de la dernière anse iléale. Nous ne l'avons jamais constatée.

Mieux vaut encore, s'abstenant de toute palpation abdominale et s'étant assuré que l'iléon était vide à une heure déterminée, revoir ultérieurement le malade à l'écran plusieurs fois. Si l'on constate alors un reflux iléal, sa valeur ne peut être discutée.

Sur la fréquence d'une telle constatation, nous nous abstenons d'apporter la moindre appréciation personnelle. Nous en poursuivons actuellement la recherche ; jusqu'à présent nous ne l'avons guère constatée qu'une seule fois. Mais trop rares sont les malades qui ont pu se prêter à des examens suffisamment multipliés pour que nous nous permettions encore une ap-

préciation. Les difficultés matérielles rencontrées dans cette recherche sont, on le conçoit, en si grand nombre qu'on ne peut, sur ses résultats, porter hâtivement un jugement. Nous nous contentons de signaler ici son intérêt et sa valeur.

LA STASE ILÉALE SYNDROME OU MALADIE

La stase iléale dite fonctionnelle apparaît associée le plus souvent aux typhlites et aux côlites, parfois aux affections vésiculaires : elle semble donc le plus souvent constituer un syndrome clinique et radiologique au cours de ces affections. C'est l'adjonction de troubles fonctionnels iléaux à une côlite qui résume la majorité des cas, mais les limites entre la côlite, syndrome lésionnel et inflammatoire, et les troubles fonctionnels du côlon, ne sont pas si franches qu'on ait le droit de considérer, a priori, les manifestations fonctionnelles de stase iléale comme secondaires aux manifestations côliques. En présence de tels malades on dit côlite parce qu'avec facilité, coïncidant avec certains troubles fonctionnels, on met en évidence une douleur sur le cadre du côlon, une corde côlique, une image radiologique de spasme sur le côlon. Pourtant l'iléon ne donne-t-il pas, malgré sa difficulté plus grande d'examen, de semblables signes ? N'existe-t-il pas une douleur sur l'anse terminale-iléale, ne donne-t-elle pas à la palpation une sensation analogue de corde iléale terminale ? N'existe-t-il pas sur elle des images spasmodiques semblables à celles qu'on peut observer sur le côlon ? Devant les troubles fonctionnels dits de côlite, on pense trouver confirmation de

ce diagnostic dans les signes physiques et radiologiques que fournit le côlon. Mais celui-ci reste dans la règle le seul segment de l'intestin qu'on explore, grâce à la rapidité d'exécution du lavement baryté. La part qu'est capable de jouer le segment iléal en de pareils syndromes n'est guère recherchée. Nous ne voyons pas toujours la raison pour laquelle nous dirions maladie du côlon, avec réaction iléale, plutôt que stase iléale avec réaction cœlique. Nous avons signalé plus haut que la fréquence de la stase iléale au cours des tableaux dits de cœlite, et celle de la cœlite au cours des stases iléales, sont assez voisines pour ne permettre, à en juger par des statistiques, la moindre conclusion.

Nous pouvons en tout cas affirmer que la fréquence des stases iléales n'est pas parallèle à l'intensité de la cœlite, car nous l'avons vue manquer chez des malades se présentant avec le tableau clinique grave de cœlites ulcéreuses.

L'ignorance qui est nôtre, quant au déterminisme des cœlites, a fait préférer à maints auteurs le terme de « colopathies », de « syndromes cœliques ». Les stases iléales nous paraissent à mettre sur le même plan, et, dans l'obscurité qui règne sur la pathogénie des cœlites et des troubles iléaux, nous semblent, autant qu'elles, mériter d'être individualisées sous ce titre, jusqu'à plus ample informé, dans la séméiologie digestive. Nous avons vu bien des malades se présentant essentiellement avec des signes cliniques de stase iléale et accuser radiologiquement un retard impor-

tant du transit dans l'iléon, alors que pourtant les signes réels de côlite, tant cliniques que radiologiques, nous paraissent minimes et discutables : de tels cas nous font penser qu'il n'est pas illogique de prendre en considération les produits toxiques, le microbisme et le chimisme anormaux que comporte le train iléal retardé, et de supposer que le côlon peut parfois n'avoir secondairement réagi qu'à son arrivée dans le cæcum, par des réactions motrices d'intolérance.

Bref, la stase iléale nous paraît ne pas toujours présenter moins d'autonomie que les côlites simples, et mériter cliniquement une plus large place que celle qui lui est faite jusqu'à présent. Les rares constatations d'iléite terminale au cours d'intervention, que nous avons signalées, ne vont pas contre cette hypothèse.

Dans les incidents aigus qu'on voit survenir au cours des côlites : vomissements brusques à type d'indigestion, céphalées et migraines, crises douloureuses abdominales atroces, vomissements périodiques avec acétonémie, la stase iléale intervient notamment, à en juger par le parallélisme des constatations radiologiques, bien plus que la côlite.

Dans l'incertitude où nous laissent les examens chimiques des selles qui ne peuvent porter sur elles que lorsqu'elles ont subi un remaniement au cours de leur cheminement colique, nous devons penser, disions-nous plus haut, que les troubles moteurs, les seuls que nous puissions nettement juger grâce à l'examen radiologique, ne sont guère probablement que le témoi-

gnage d'autres troubles nerveux ou sécrétoires méconnus. Ceci est raisonnable tant pour l'iléon que pour le côlon. Nous ne jugeons que sur ce que nous voyons, et les troubles moteurs risquent d'être la simple conséquence d'altérations des fonctions glandulaires digestives. Des lésions organiques de l'appareil nerveux abdominal risquent aussi d'être méconnues, qu'il s'agisse de colopathies ou de stases iléales, pour lesquelles on parle si souvent de terrain névropathique. Renaudeau a rapporté une observation de stase iléale chez un malade envoyé à lui avec le diagnostic d'intoxication professionnelle, et chez qui une abolition des réflexes rotuliens et achilléens, une réaction positive de Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien, lui permettaient de rattacher vraisemblablement la stase à une entéro-radiculite tabétique. Il est possible que d'autres étiologies puissent être à l'origine de ces entéro-névrites sur lesquelles Lœper a attiré l'attention. C'est l'hypothèse qui nous a paru la plus logique chez un de nos malades atteint d'intoxication benzolique, et dont la stase iléale et les troubles coliques présentaient une invariabilité déconcertante quels que soient le régime et le traitement.

CONSÉQUENCES DE LA STASE ILÉALE

La stase iléale nous paraît, en matière d'intoxication d'origine intestinale, un élément capital, beaucoup plus important que la stase cæcale. La muqueuse de l'intestin grêle diffère en effet beaucoup de celle du gros intestin par son système vasculaire, et, par la présence de ses villosités, est spécialement adaptée à une rapide absorption : on conçoit que si des poisons endogènes prennent naissance dans l'intestin grêle, leur action néfaste, plus facilement que dans le gros intestin, puisse s'exercer sur l'organisme.

Cannon et Dragstedt ont montré qu'il existe presque toujours dans l'occlusion une flore protéolytique anormale en amont du siège de l'obstacle. Il semble bien dans les stases iléales se produire, par un phénomène analogue, des putréfactions précoces capables de détruire gravement l'équilibre existant entre les deux flores intestinales.

Normalement, la flore intestinale rare dans le jéjunum commence à paraître dans la partie terminale de l'iléon : c'est ici et dans le cæcum que la flore de fermentation attaque les hydrates de carbone en donnant lieu à la production d'acides organiques. Puis, le bol fécal progressant, la flore de putréfaction se substitue progressivement à la flore de fermentation. Ces

deux flores sont synergiques et assurent l'équilibre acido-basique indispensable à la digestion. Une putréfaction précoce dans l'iléon, inversant la formule physiologique, détruira cet équilibre. De plus, la muqueuse de l'intestin grêle sera capable d'absorber les divers produits des agents de putréfaction qui, normalement, n'apparaissent que dans le gros intestin. Les travaux de Metchnikoff ont montré la toxicité des produits phénoliques et de l'ammoniaque. L'histamine représente un autre agent extrêmement toxique. MM. Chiray et Baumann voient surtout la gravité des putréfactions précoces iléales dans l'entrave qu'elles mettent aux processus normaux de fermentation.

Au début de nos recherches, nous avons pensé, à en juger par nos premiers malades, trouver dans la stase iléale l'explication des syndromes d'intoxication intestinale. Une telle conclusion eût été trop belle. Nous pouvons dire qu'à chaque fois qu'un malade, se plaignant de troubles abdominaux, accusait les désordres généraux qu'on désigne, souvent avec imprécision, sous le vocable d'intoxication intestinale, nous avons trouvé chez lui une stase iléale à la neuvième heure, et c'est là déjà une constatation intéressante. Par contre, nous avons observé des stases iléales sans répercussion toxique apparente ou, tout au moins, s'accompagnant de désordres si discrets, si isolés, que nous devons loyalement mettre en doute leur origine. Certaines de ces stases étaient légères et incapables de peser sur nos conclusions mais, par contre, nous avons, quoique très rarement, observé, en dehors des

côlites, chez des individus âgés, présentant une hypotonie musculaire généralisée, des stases iléales importantes apparaissant sans répercussion sur l'état général. Sans doute peut-on penser que l'absorption de corps toxiques permise par une stase iléale peut être, pendant longtemps, compensée, fort heureusement, par les fonctions hépatique et rénale de détoxication et que ce n'est que lorsque ces fonctions deviennent déficientes que se manifestent cliniquement les conséquences de la stase iléale. Malgré que nous n'ayons pas suivi ces derniers malades assez longtemps pour infirmer à coup sûr le bien fondé d'une telle explication à la latence de certaines stases iléales, nous préférons, jusqu'à plus ample informé, conclure que la stase iléale ne suffit pas à elle seule, à réaliser le tableau de l'intoxication intestinale. Cet aveu n'empêchera pas de retenir ce fait capital qu'inversement, dans tout tableau d'intoxication intestinale, il y a pratiquement toujours une stase iléale : sachant bien qu'elle n'est pas tout, on n'en méconnaîtra pas moins le rôle capital qu'elle y joue.

Le tableau clinique de la stase iléale.

Les malades atteints de stase iléale accusent généralement un certain nombre de caractères cliniques, rarement tous groupés sans doute, mais assemblés généralement à quelques-uns, et souvent de façon suffisamment nette pour qu'on puisse en prévoir la confirmation radiologique.

Le ballonnement abdominal est un symptôme dont se plaignent généralement les malades sans qu'on ait besoin de le leur faire préciser par l'interrogatoire. C'est un ballonnement qui se manifeste surtout 4 à 5 heures après le repas, à caractère diffus, prédominant dans la région ombilicale, et qui s'accompagne parfois de troubles cénesthésiques assez particuliers, les malades se plaignant d'avoir un ventre « jamais vide » et exprimant parfois leur impression qu'en un point déterminé de l'abdomen il y a gêne au transit intestinal. Ces troubles donnent parfois lieu à un état d'angoisse. Une des malades de notre Maître, M. Chiray, vivait dans la crainte perpétuelle de l'occlusion. Ce ballonnement abdominal est chez certains sujets absolument continu. Il est des cas où sa sensation ne répondra à aucune constatation objective de distension abdominale, d'autres où elle sera confirmée par la simple inspection du ventre.

La somnolence post-prandiale est un trouble lui aussi fréquent, plus ou moins marqué, parfois invincible, et l'une de nos jeunes malades, employée dans un restaurant, avait dû cesser de prendre ses repas comme d'ordinaire avant les clients, car malgré l'activité qu'elle déployait, l'alourdissement qu'elle éprouvait la paralysait dans son travail. Cette somnolence contraste souvent avec l'insomnie nocturne. Le sommeil est généralement agité, avec cauchemars.

Les malades se plaignent de céphalées fréquentes, d'accès migraineux apparaissant avec une fréquence

telle qu'ils constituent parfois le trouble prédominant. Il s'y joint quelquefois un état vertigineux.

L'asthénie est souvent associée à ces divers troubles fonctionnels. C'est à la fois une asthénie physique, avec fatigabilité rapide, et une asthénie psychique avec dépression et état mélancolique. Il s'y associe quelquefois une tendance anxieuse avec irritabilité. Ce sont là des phénomènes nerveux qu'il est d'ailleurs classique de reconnaître dans l'intoxication intestinale.

L'existence de quelques petits troubles urinaires est enfin fréquemment notée au cours de l'interrogatoire. Nous ne voulons pas parler de la pollakiurie continue et du ténesme vésical qu'une colibacillose associée explique souvent, mais d'une simple pollakiurie nocturne, due au retard d'absorption hydrique au niveau du gros intestin, après le repas du soir. Elle passe souvent inaperçue chez des sujets âgés où des troubles cardio-vasculaires sont plus volontiers recherchés à leur origine, mais prend toute sa valeur chez les sujets ne présentant aucune manifestation d'hypertension ou d'atteinte rénale.

— Le facies des malades atteints de stase iléale est un peu particulier : ce sont des sujets qui ont souvent perdu un peu « leurs couleurs » sans qu'on puisse parler réellement de pâleur, quoique existe souvent une hypohémoglobinémie avec anémie. Le teint du visage est en même temps plus ou moins terreux, avec une coloration jaunâtre cernant les yeux et les lèvres.

— La langue est chargée, saburrale ; l'haleine désagréable, la pyorrhée dentaire fréquente, et l'atteinte

pourtant secondaire de la dentition risque d'être considérée comme une des causes des troubles gastro-intestinaux.

— Il n'existe généralement pas de température. Néanmoins certains de nos malades présentaient un état subfébrile, 37°8 le soir avec parfois de petits clochers thermiques à 38-38°2, sans que nous ayons trouvé d'autre cause satisfaisante pour les justifier.

L'examen clinique permet de rencontrer certains signes physiques qu'il est sans doute malaisé de dégager. La stase iléale étant le plus souvent associée à des affections digestives diverses, les signes physiques constatés, plus encore que les troubles fonctionnels, risquent d'être mis uniquement sur le compte de celles-ci.

Un point douloureux nous paraît néanmoins assez particulier à la stase iléale, bien qu'on puisse l'observer en son absence. Dans une fosse iliaque droite sensible dans son ensemble, il est fréquent de trouver un point où la douleur prédomine, et l'examen sous l'écran montrera qu'il correspond à la valvule iléo-cæcale. Bien souvent même on sent en dedans du cæcum une *corde oblique douloureuse que l'examen radiologique montrera correspondre à l'anse termino-iléale*. Au cours des tableaux dits d'appendicite chronique, notamment, c'est fréquemment un *point douloureux sur la valvule ou le segment iléal qui la précède* que nous avons trouvé avec le plus de netteté, et nous avons dit combien nous pensions difficile d'en distinguer un point appendiculaire en dehors des cas

où une douleur peut être individualisée sous l'écran sur la partie moyenne ou l'extrémité d'un appendice visible. Aussi ne semble-t-il pas qu'on doive, dans la majorité des cas, attribuer à ces points douloureux plus de valeur que ne peut en donner leur précision difficile, même au cours d'un examen radiologique minutieux.

Le cæcum est généralement gargouillant. Sa pression pourrait, selon la manœuvre de Landenois, permettre de reconnaître une fausse stase par reflux iléal. Le bord cubital de la main gauche étant appuyé fortement au travers du côlon ascendant, on pourrait percevoir, en appuyant avec l'autre main sur le cæcum, un bruit de gargouillement et de clapotis indiquant le reflux vers l'iléon. Nous estimons cette recherche imprécise et dénuée de toute valeur.

Le foie est souvent trouvé un peu augmenté de volume, parfois un peu sensible, notamment après les repas. Cette congestion hépatique semble traduire une exaltation fonctionnelle témoignant de l'importance de ses fonctions de détoxication.

Ajoutons enfin pour mémoire que l'examen des urines montre fréquemment un excès d'éléments cellulaires, une multiplicité anormale des bactéries, des cristaux d'oxalate de chaux et un excès d'indican.

Tels sont les principaux éléments cliniques du tableau de la stase iléale. *C'est à dessein que nous n'y mentionnons pas la constipation.* Contrairement à ce qu'on pourrait imaginer, elle n'en constitue pas un

symptôme, et si la constipation est d'une relative fréquence, celle-ci n'est pas telle qu'on doive la retenir. La stase iléale la plus importante que nous ayons rencontrée fut observée chez un malade dont les selles étaient régulières et quotidiennes. Assez souvent même, la stase iléale est observée chez des sujets diarrhéiques.

Malgré l'importance des signes cliniques qu'on peut dégager d'un grand nombre de stases iléales de diverses causes, leur diffusion au milieu des symptômes de la maladie associée les réduit à de simples éléments de présomption et donne à l'examen radiologique un intérêt qui est, évidemment, de beaucoup prédominant. Cette association des symptômes propres de la stase iléale à des symptômes d'une affection causale nous oblige à une certaine prudence lorsque nous en dressons le bilan. Aussi est-ce à part que nous voulons parler des *troubles gastriques et duodénaux au cours des stases iléales*. Nous avons été frappé de leur fréquence et maintes observations en donnent fortement l'impression. Très souvent les malades chez qui nous avons trouvé des stases de l'iléon venaient à nous avec des douleurs gastriques post-prandiales, fréquemment calmées par l'ingestion, et des vomissements alimentaires ou bilieux, ces troubles étaient tantôt d'évolution irrégulière, mais plus souvent groupés par périodes et séparés par des phases d'accalmie. Chez ces malades, de multiples examens radiologiques avaient déjà été pratiqués pour rechercher en vain un ulcus gastrique ou un ulcus duodénal, et sans mon-

trer d'image de niche, n'avaient souvent permis de retenir que des déformations anormales du bulbe duodénal. De telles images de périoduodénite nous ont conduit fréquemment à incriminer, à l'origine, une inflammation chronique de l'appendice et à conseiller l'appendicectomie. Il semble que des affections du carrefour iléo-cæco-appendiculaire soient souvent à l'origine de duodénites, et sans doute pourrait-il paraître séduisant d'y voir l'action intermédiaire de la stase iléale conditionnant un microbisme anormal de l'intestin grêle. Pour notre part, dans les quelques cas de stase iléale où nous avons étudié le liquide recueilli par tubage duodénal, celui-ci ne présentait guère de caractère physique, chimique ou microbien anormal. Si la stase iléale joue un rôle dans le déterminisme des duodénites, voire même des ulcus duodénaux, il nous semble que ce soit par un autre mécanisme, et peut-être par l'action des produits toxiques qu'elle permet sur le système vago-sympathique. Nous ne pensons pas qu'on puisse trouver dans cette stase iléale l'origine, en tout cas la seule origine, des duodénites ou des ulcus gastro-duodénaux, car certains malades se présentent avec le tableau clinique que nous schématisions quelques lignes plus haut, sans qu'on trouve chez eux de stase iléale à la neuvième heure. L'appendicectomie pratiquée dans le but de pallier à la duodénite ou périoduodénite, radiologiquement constatée, n'est suivie d'aucune amélioration clinique. L'examen histologique de l'appendice ne donne pas la conviction de son atteinte inflammatoire,

et, chez ces malades sans stase iléale, force est donc de penser que les déformations duodénales ne sont pas conditionnées par une atteinte du carrefour iléo-cæco-appendiculaire. Les observations citées dans le chapitre des fausses appendicites chroniques donnent cette conviction que beaucoup de ces malades continuent à souffrir par périodes faisant penser qu'un ulcus réel a échappé aux plus fines investigations, et, de fait, chez l'un d'eux opéré pour appendicite chronique, une image de niche duodénale a fini par être décelée après de multiples examens. Que l'association d'ulcus duodénal et d'affections du carrefour inférieur droit soit fréquente, c'est chose probable, et il est souvent sage, en présence d'une image de péri-duodénite sans plus, de conseiller l'appendicectomie, mais nous pensons aussi que les affections duodénales, ulcus réel ou péri-duodénite d'origine variable, s'accompagnent volontiers de douleurs dans la fosse iliaque droite, d'iliaqualgie, sans qu'on doive toujours parler d'atteinte appendiculaire. Si donc une stase iléale fonctionnelle est constatée dans ces conditions, il y a souvent lieu d'y voir une conséquence directe de l'atteinte duodénale, autant sinon plus qu'une manifestation d'atteinte appendiculaire, à l'origine de tels états duodénaux.

La stase iléale et les ictères catarrhaux prolongés.

L'intoxication causée par la stase iléale est capable d'avoir maintes répercussions. Il est possible qu'elle

intervienne dans certains états anémiques et notamment l'anémie pernicieuse. On la voit accompagner et précéder, de longue date, l'apparition de certains rhumatismes chroniques. Elle semble aussi capable de s'accompagner de maintes répercussions endocriniennes. Nous n'avons pas pratiqué en ce sens de recherches assez consistantes pour qu'elles méritent de trouver ici une expression formelle.

Nous nous sommes attaché surtout aux répercussions hépatiques de la stase iléale. Le foie, dans ses fonctions de détoxication, exprime déjà son rôle par la constatation clinique, très fréquente, d'une hépatomégalie. Celle-ci semble bien ne traduire qu'une suractivité fonctionnelle et s'atténue d'ailleurs dès que l'état intestinal s'améliore. Les diarrhées bilieuses prandiales fréquemment observées chez les malades atteints de stase iléale correspondent à des chasses biliaires répétées qui ne sont sans doute aussi qu'un processus de défense. Le foie pendant un certain temps combat l'intoxication iléale, mais la prolongation de celle-ci ne va pas sans altérer la cellule hépatique.

Il est fréquent chez de tels malades de constater de petites glycosuries intermittentes, mais hormis la congestion du foie et les épreuves fonctionnelles, rien ne manifeste cliniquement la fatigue de la cellule hépatique. Il est néanmoins intéressant de noter combien ce foie augmenté de volume, risque de faire croire à une affection hépatique primitive et, lorsque existent

un état nerveux d'excitation, des troubles du sommeil avec cauchemars, à une intoxication éthylique.

Pratiquement, la moindre résistance de la cellule hépatique qu'entraîne une stase iléale prolongée, ne s'exprimera guère que lorsque, atteint par une affection ultérieure, le foie se montrera incapable d'y réagir dans les conditions habituelles. Nous avons cherché à mettre ce fait en évidence dans l'ictère catarrhal, nous demandant s'il ne fournissait pas l'explication des formes prolongées.

Nous avons observé plusieurs cas d'ictères catarrhaux prolongés où les diverses épreuves fonctionnelles du foie et notamment l'épreuve de la galactosurie provoquée nous ont permis de suivre l'évolution de l'hépatite diffuse aiguë, dont l'existence ne peut faire de doute après les constatations biopsiques de Klemperer, Kilian et Heyd. Les lésions d'hépatite diffuse aiguë étant les mêmes que celles de l'ictère catarrhal, décrites après biopsie par Schrumpt, le mode de début, les symptômes étant, eux aussi, identiques, l'ictère catarrhal prolongé présente, néanmoins, un étalement, une dissociation dans l'évolution de chacun de ses symptômes vers la guérison. Cette dissociation, que nous avons étudiée avec MM. Chiray et G. Albot, et qui nous semble la caractéristique de l'ictère catarrhal prolongé, s'oppose à la « crise » de l'ictère catarrhal, dont les symptômes subissent leur amélioration de façon presque concomitante. L'ictère catarrhal apparaissant d'ordinaire chez des sujets dont le système hépato-vésiculaire était antérieure-

ment sain, nous avons pensé que le mode de guérison différent de l'ictère catarrhal prolongé dépendait sans doute d'une altération antérieure de la cellule hépatique, et nous avons recherché si des troubles intestinaux chroniques, à répercussion hépatique, n'existaient pas chez nos malades, justifiant une telle hypothèse. Chacun de ses sujets a donc été soumis à une étude du transit intestinal.

Estimant que la diminution des sels biliaires dans l'intestin au cours de l'ictère pouvait avoir peut-être pour résultat une diminution du péristaltisme et une stase de l'iléon, nous avons pris pour témoins tous les cas d'ictère catarrhal observés pendant une année et nous nous sommes assuré que, chez eux, il n'y avait pas de stase iléale ou tout au moins que sa fréquence ne dépassait pas la très faible proportion de stases qu'on peut observer chez des sujets apparemment sains.

Connaissant, d'autre part, la relative fréquence des stases iléales au cours des affections vésiculaires, et sachant qu'au cours des ictères catarrhaux, il est fréquent de voir, de façon tenace, la vésicule répondre médiocrement à l'épreuve de Meltzer-Lyon au cours du tubage duodénal, nous ne nous sommes jamais contenté d'une étude du transit au cours même de l'ictère et nous l'avons toujours pratiquée quelque temps après la guérison.

Ces précautions prises, nous avons recherché, chez sept malades ayant fait un ictère catarrhal prolongé, l'histoire intestinale qu'ils avaient pu éventuellement

présenter dans leur passé ou qu'ils accusaient après guérison de leur ictère, et nous avons surtout recherché s'il existait, chez eux, une stase iléale à la neuvième heure. Nous grouperons ici les résultats de ces recherches, pour ne citer que plus loin les observations de leur ictère.

La première malade n'accusait dans ses antécédents éloignés que quelques petits troubles intestinaux vagues. Mais, un an après la guérison complète de son ictère catarrhal prolongé, elle vient consulter à l'occasion de vertiges, de dérobement des jambes et de migraines, qu'on essaye en vain d'expliquer en recherchant un mal de Bright, une hypertension, une syphilis nerveuse. Le transit digestif révèle à la neuvième heure une importante stase iléale. Ce n'est alors que par l'institution d'un traitement tendant à accélérer le transit et d'une cure de désintoxication intestinale qu'on obtient avec une extrême rapidité la disparition complète des divers troubles.

Le deuxième malade précise que durant 5 ans, avant que n'apparaisse l'ictère, il éprouvait des douleurs post-prandiales de siège épigastrique, sans irradiations nettes, et s'accompagnant de nausées et parfois de diarrhée. C'est d'ailleurs à l'occasion d'une purgation, que le malade avait coutume de prendre tous les deux mois, que l'ictère s'est installé. Depuis deux mois, l'appétit avait diminué, le malade éprouvait de la somnolence après chaque repas, et un état d'asthénie s'était manifesté. Le transit révèle chez ce malade, à la neuvième et à la dixième heures, un re-

tard important dans l'iléon, et ce retard fut confirmé au cours d'un nouvel examen après la guérison.

La troisième malade accusait au cours de son ictère un point douloureux de la fosse iliaque droite, avec corde côlique gauche ; l'intestin ne fut pourtant pas étudié radiologiquement pendant le premier séjour hospitalier que nécessita l'ictère. Mais sept mois après la guérison, le malade entre à nouveau dans le service pour des douleurs de la fosse iliaque droite. Le lavement baryté montre un cæcum à bords flous, un peu sensible dans son ensemble, un côlon transverse et descendant spasmé. Le transit intestinal révèle une stase à la neuvième heure, qu'on retrouva, importante encore, à la dixième heure, après l'ingestion barytée.

La quatrième malade, quatre mois après la guérison de son ictère catarrhal prolongé, a dû faire aussi un **second séjour à l'hôpital pour des douleurs violentes** de l'hypocondre droit, sans horaire fixe, et s'étant accompagnées de deux vomissements bilieux. Les trois premiers jours, elle fait chaque soir une poussée thermique à 39°. L'examen révèle une douleur vive de la région cæcale, sans contracture ni empâtement. Il n'y a aucune lésion salpingienne. Au bout de quelques jours, les douleurs abdominales étant disparues, un transit intestinal montre que 9 heures et même 10 heures après l'ingestion, la baryte n'a même pas encore pénétré dans le cæcum. Une heure plus tard son bas-fond commence à peine à se remplir et presque

toute la baryte est encore amassée dans l'iléon en position précæcale.



FIG. 20

La cinquième malade se plaignait pendant les 5 ou 6 mois qui précédèrent l'ictère, de pesanteurs épigastriques post-prandiales qui, les dernières semaines,

s'accroissent et s'accompagnent d'inappétence. Depuis trois ans, elle éprouvait de temps à autre une sensation d'asthénie, tandis que ses conjonctives et ses téguments prenaient, dit-elle, une coloration sale, un peu jaunâtre. L'étude du transit a montré, en période ictérique, une stase iléale des plus nettes, qui persistait après la guérison.

Le sixième malade ne présentait dans ses antécédents qu'un accident de la voie publique, survenu 12 ans avant son ictère. Une roue de voiture comprima fortement sa fosse iliaque droite et, d'après le malade, des lésions intestinales soupçonnées par le médecin traitant entraînèrent deux mois d'immobilisation au lit. Il n'y avait, en tout cas, depuis, aucun trouble intestinal et les selles étaient régulières. Au cours de l'ictère, l'étude du transit révèle pourtant une stase iléale. Un mois après la guérison, l'examen radioscopique confirme la persistance du ralentissement du transit iléal.

Le septième malade avait commencé, quatre ans avant, à éprouver des douleurs sourdes de la fosse iliaque droite et des crises diarrhéiques répétées. Une appendicectomie avait fait céder les douleurs, mais les épisodes diarrhéiques persistèrent. Au bout de deux ans, un premier ictère de type catarrhal survint et se prolongea dix semaines. Depuis, jusqu'à l'apparition du second ictère catarrhal prolongé qui amena le malade à l'hôpital, persistèrent du ballonnement abdominal post-prandial, avec éructations nombreuses, des migraines fréquentes, une tendance à la

constipation. Lorsque fut terminé ce second ictère catarrhal qui se prolongea deux mois, l'étude du transit révéla une stase iléale telle qu'à la dixième heure, la moindre parcelle de baryte n'avait encore pénétré dans le cæcum.

Certes, notre intention n'est pas d'avancer la stase iléale au cours d'un ictère comme élément de diagnostic d'ictère catarrhal prolongé. Nous avons observé des stases iléales importantes au cours de cancer de la tête du pancréas, au cours de lithiases vésiculaires, au cours de cancer secondaire du foie, et il ne peut donc en être question.

Nous n'osons pas conclure que nous avons trouvé dans la stase iléale l'explication des formes prolongées de l'ictère catarrhal. Néanmoins, ayant eu la chance d'en grouper sept observations et d'avoir pu revoir ces sept malades après leur guérison, nous ne pouvons que souligner, chez eux, la constance avec laquelle nous avons trouvé une stase indiscutable. Ce fait objectif une fois constaté, il nous semble permis d'avancer que la stase iléale, cause d'intoxication chronique, a pu, à la longue, altérer la cellule hépatique et, en présence de la cause inconnue de l'ictère catarrhal, entraîner vis-à-vis de cette affection, un mode de guérison, étalé, ralenti, différent de la « crise » terminale habituellement observée dans l'ictère catarrhal banal chez les sujets dont la cellule hépatique était, auparavant, absolument saine.

Obs. XXVIII. — Mme Var..., 57 ans, blanchisseuse, entre le 9 septembre 1932, salle Debove, à l'hôpital Bichat, pour un ictère qui dura 2 mois. A part quelques petits troubles intestinaux, elle a toujours joui d'une santé très bonne. Elle dit avoir contracté, il y a 50 ans, une syphilis qui n'a pas été traitée.

Quatre jours avant l'apparition de l'ictère, cette femme a éprouvé quelques frissons, mais n'a pas pris sa température. Elle éprouvait aussi une sensation vive de fatigue, une courbature généralisée, une anorexie complète, des nausées et en même temps s'exagérait sa constipation habituelle. Ces divers troubles sont suffisants pour décider la malade à garder le lit.

Le 5 septembre, l'ictère apparaît et c'est au cinquième jour de son évolution que la malade entre à l'hôpital. L'ictère est généralisé aux téguments et aux muqueuses, de coloration jaune safran. Les matières sont décolorées. Les urines contiennent des pigments et des sels biliaires. Il existe un léger prurit. Le foie déborde de deux travers de doigt le rebord costal ; il est légèrement sensible. La rate ne paraît pas augmentée de volume. La température monte le soir à 37°8, parfois à 38° pendant les premiers jours. Le système cardio-vasculaire est normal. La T. A. est de 13-8.

Le taux de l'urée sanguine est de 0,35. Le rapport azotémique est de 0,35. Il n'y a ni albumine, ni sucre dans les urines. Le B.-W. est négatif. Un séro-diagnostic pratiqué quelques jours après élimine la spirochétose.

Sans écarter de façon absolue une étiologie syphilitique, c'est surtout au diagnostic d'ictère catarrhal que nous nous arrêtons.

Au cours des dix premiers jours passés à l'hôpital, la diurèse, qui atteignait 2 litres à l'entrée de la malade, tombe progressivement à 1 litre, puis remonte brusquement aux environs de 2 litres, où elle se maintiendra. L'épreuve de la galactosurie provoquée, pratiquée le 16 septembre, donne les résultats suivants :

ÉCHANT.	VOLUME EN CC.	CONC .0/00	GR.
I	136	33,4	4,540
II	49	6,7	0,330
III	1.100	0	0
IV	960	1,03	0,990
	2.245	2,6	5,860

Les jours suivants, l'ictère semble en légère diminution mais sa disparition ne sera, en fait, que très lente et ce n'est qu'un mois et demi après le début qu'il se terminera complètement.

Alors qu'existe encore l'ictère, au décours d'une petite bronchite surajoutée avec élévation passagère de la température à 38°, on a la surprise, vers le 10 octobre, de constater l'apparition d'œdèmes des membres inférieurs. Ils sont assez volumineux, légèrement rosés, et prennent le godet. Ils ne semblent justifiés, d'après l'examen du cœur et l'état de la tension artérielle, par aucune cause cardiaque. Aucune lésion rénale ne paraît non plus à suspecter. La diurèse est à ce moment de plus de deux litres. Ces œdèmes semblent accompagnés d'une très légère ascite, sans qu'on puisse complètement l'affirmer. Au moment où ils ont commencé leur régression, coïncidant avec un accroissement de la diurèse qui atteint 3 litres et une chute pondérale de 7 kgs en 6 jours, l'épreuve de la galactosurie provoquée (pratiquée le 18 octobre), a montré cependant une amélioration considérable.

ÉCHANT.	VOLUME EN CC.	CONC .0/00	GR.
I	287	9,57	2,75
II	190	1,25	0,238
III	695	1,04	0,723
IV	2.300	1,05	2,41
	3.472	1,77	6,121

Le rapport sérine/globuline est alors 46/39 0/00. Le chlore plasmatique est de 4 gr. 38 0/00. Le Cl globulaire de 3,92 0/00.

La malade est sortie de l'hôpital le 3 novembre, et l'épreuve de la galactosurie fournissait alors une réponse encore plus satisfaisante :

ÉCHANT.	VOLUME EN CC.	CONC .0/00	GR.
I	252	4,54	1,400
II	347	0,97	0,338
III	765	1,34	1,018
IV	1.950	0,558	1,083
	3.314	1,155	3,839

A ce moment, le foie reste gros et dépasse de deux travers de doigt le rebord costal ; il paraît de consistance un peu augmentée, mais n'est pas douloureux. Les œdèmes, quoique maintenant légers, persistent et se prolongeront même trois mois. Le foie gros et un peu dur, les œdèmes et l'ascite nous conduisent alors à penser que *l'ictère observé a été, malgré l'absence de splénomégalie, un ictère épisodique au cours de cirrhose.*

Pour juger de l'évolution ultérieure, nous prions la malade de revenir de temps à autre à la consultation.

Le 2 février 1933, elle présente encore de légers œdèmes des membres inférieurs, elle accuse un peu de dyspnée à l'effort et de sensations de torsion douloureuses dans la région précordiale qui semblent orienter vers l'origine cardiaque de ces troubles. L'examen du cœur et de la tension artérielle (13 1/2-8), l'inefficacité des quelques tonicardiaques prescrits obligent à mettre en doute cette origine. On constate à ce moment que le foie a diminué de volume, déborde à peine le rebord costal. La rate n'est pas perceptible.

Le 1^{er} décembre 1933, la malade revient à l'hôpital pour des troubles intestinaux que nous avons signalés. Les œdèmes ont disparu ; le foie est normal. Une épreuve de galactose pratiquée pendant ce second séjour donne des chiffres normaux.

ÉCHANT.	VOLUME EN CC.	CONC .0/00	GR.
I	190	3,53	0,317
II	82	1,13	0,092
III	220	0,45	0,099
IV	930	0,47	0,437
	1.322	1,38	1,836

Obs. XXIX. — M. L..., âgé de 59 ans, cordonnier, entre à l'hôpital le 18 avril 1934 pour un ictère, ayant débuté 10 jours auparavant.

Deux mois avant le début de l'ictère, le malade avait commencé à perdre l'appétit, à éprouver des digestions difficiles, de l'asthénie, de la somnolence post-prandiale et, progressivement, s'était accusé un amaigrissement léger. Ces troubles n'apparaissent que comme l'exagération d'un état digestif déficient depuis longtemps. Le malade avait coutume de se purger tous les deux mois : c'est un jour de purgation que, vers le soir, l'ictère s'installe, se généralisant et s'intensifiant en quelques jours. Du prurit et une bradycardie légère l'accompagnent. Les urines sont très pigmentées et restent assez abondantes. Les matières sont décolorées, de couleur mastic. Le malade est apyrétique. Le foie est gros, mesurant 17 cm. sur la ligne mamelonnaire. Sa surface est lisse, régulière, sans nodosités. Elle est légèrement sensible. La consistance hépatique est augmentée. La rate est hypertrophiée, son pôle inférieur palpable. Il n'y a ni ascite, ni circulation collatérale. La palpation de l'abdomen révèle une douleur légère de la région iléo-cæco-appendiculaire.

Les examens pulmonaire et cardiaque sont sensiblement normaux. Il en est de même des divers réflexes. Une douleur est notée à la pression des masses musculaires.

L'interrogatoire sur les antécédents héréditaires et personnels ne révèle que quelques habitudes éthyliques actuellement abandonnées.

Le diagnostic d'ictère épisodique au cours d'une cirrhose hypertrophique éthylique nous apparaît comme le plus probable.

Divers examens complémentaires sont pratiqués :

— Le B.-W. est négatif.

— L'épreuve de la galactosurie donne les résultats suivants :

ÉCHANT.	VOLUME EN CC.	CONC .0/00	GR.
I	125	26,25	3,281
II	65	9,62	0,615
III	165	3,07	0,506
IV	800	1,15	0,920
	1.155	4,60	5,322

Le tubage duodénal ramène un suc alcalin légèrement teinté en jaune. L'épreuve de Meltzer-Lyon ne ramène pas de bile : il en est de même au cours de l'épreuve à l'huile d'olive. Répétées trois jours après, ces mêmes épreuves restent encore négatives. Elles sont complétées par l'épreuve à la sécrétine purifiée qui montre une activité pancréatique légèrement déficiente tant au point de vue lipasique qu'au point de vue trypsique.

Les épreuves de galactosurie pratiquées les deux semaines suivantes donnent des résultats plus satisfaisants. On trouve, le 27 avril :

ÉCHANT.	VOLUME EN CC.	CONC .0/00	GR.
I	99	15,59	1,543
II	110	9,77	1,074
III	155	1,60	0,248
IV	420	1,20	0,504
	784	4,29	3,369

On trouve, le 7 mai :

ÉCHANT.	VOLUME EN CC.	CONC .0/00	GR.
I	130	9,9	1,299
II	123	1,94	0,238
III	220	1,33	0,292
IV	710	0,77	0,546
	1.183	2,00	2,375

L'ictère persiste, mais les selles se sont à ce moment recolorées depuis quelques jours. Les urines contiennent des pigments biliaires, mais ne contiennent plus de sels biliaires. Elles restent de moyenne abondance.

En reprenant l'interrogatoire du malade, on met alors mieux en évidence le long passé intestinal, et c'est au diagnostic d'ictère catarrhal qu'on s'attache.

Un examen radiographique du côlon ne montre rien d'anormal, mais l'étude du transit montre à la dixième heure un retard important de la traversée iléale.

Le 22 mai, l'ictère commence à décroître, les urines augmentent d'abondance et l'épreuve de la galactosurie fournit des résultats qui sont aussi en amélioration :

ÉCHANT.	VOLUME EN CC.	CONC .0/00	GR.
I	355	4,93	1,745
II	172	1,31	0,226
III	192	1,34	0,257
IV	668	1,16	0,772
	1.387	2,17	3,000

Le 28 mai, tandis que la diminution de l'ictère se poursuit, on note que le foie est à la fois moins dur et moins gros.

Le 4 juin, tandis que l'ictère est presque complètement disparu, le foie présente une consistance presque normale et ne mesure plus que 12 cm. 5 sur la ligne mamelonnaire.

Le malade, revu le 25 juin 1934, est dans un état de santé parfait : son foie a repris sa consistance et son volume normaux.

Obs. XXX. — Mlle R..., 28 ans, blanchisseuse, entre le 9 novembre 1932 à l'hôpital Bichat pour un ictère apparu le 2 octobre, sans frissons, sans température, sans douleur, ictère qui dura presque 2 mois. Il fut précédé pendant une huitaine de jours de rachialgies, et pendant deux ou trois jours de vomissements alimentaires et bilieux.

La malade présente à son entrée un ictère foncé du type des ictères par rétention. Elle accuse un amaigrissement de

4 kgs, de l'asthénie, mais son état général est relativement bon. Elle n'a pas de température. Elle souffre d'un léger prurit. Sa constipation est tenace et d'ailleurs très ancienne. Le foie déborde de deux travers de doigt le rebord costal. Il est de surface lisse, de consistance un peu augmentée et sensible dans son ensemble. La rate ne paraît pas augmentée de volume. L'abdomen, souple, présente un point douloureux, iléal, dans la région pré-cæcale. Le côlon gauche est spasmé. La diurèse est de un litre.

L'épreuve de la galactosurie provoquée donne les chiffres suivants :

ÉCHANT.	VOLUME EN CC.	CONC .0/00	GR.
I	70	27	1,890
II	55	17,52	0,963
III	220	1,83	0,404
IV	590	1,55	0,900
	925	4,48	4,157

Au bout de quelques jours, les selles commencent à se décolorer légèrement. L'ictère reste intense, avec de légères variations. Ce n'est toutefois que le 22 novembre, le lendemain d'un tubage, que la malade constate avec surprise que son ictère a décru considérablement. Il s'efface d'ailleurs complètement les jours suivants. L'épreuve de la galactosurie, pratiquée le 23 novembre, confirme l'amélioration de l'hépatite.

ÉCHANT.	VOLUME EN CC.	CONC .0/00	GR.
I	100	4,60	0,460
II	68	1,20	0,080
III	370	1,10	0,407
IV	760	1,06	0,805
	1.298	1,35	1,753

Sans crise urinaire nette, le volume des urines passe progressivement, les jours suivants, à 2.500 cc. et la malade sort de l'hôpital complètement guérie.

Obs. XXXI. — Mlle S..., 22 ans, couturière, entre salle Gaucher, à l'hôpital Bichat, le 30 mars 1933, pour un ictère apparu cinq jours avant, progressivement, ictère précédé pendant quelques jours d'anorexie et d'un peu de fièvre, mais sans la moindre douleur, et qui devait pourtant durer près de deux mois et demi.

A l'examen, le foie dépasse de deux travers de doigt le rebord costal, est un peu sensible, mais de consistance normale. La rate est à peine palpable. L'observation prise à cette date ne signale pas de signe intestinal anormal, subjectif ni objectif.

L'épreuve de la galactosurie du 7 avril, en pleine période ictérique, donnait les chiffres suivants :

ÉCHANT.	VOLUME EN CC.	CONC .0/00	GR.
I	120	37,8	4,540
II	97	12,56	1,219
III	375	0,88	0,330
IV	570	0,88	0,500
	1.162	5,68	6,589

L'ictère se poursuit avec quelques alternatives d'accentuation et de diminution et ne disparaît complètement qu'au début de mai après 38 jours d'évolution.

L'épreuve de la galactosurie du 3 mai, une fois l'ictère disparu, donne les résultats suivants :

ÉCHANT.	VOLUME EN CC.	CONC .0/00	GR.
I	195	1,5	0,0975
II	465	0,96	0,446
III	360	1	0,465
IV	1.135	—	traces
	1.635	0,46	1,008

La malade sort le 6 mai. Il est à noter qu'elle a présenté, malgré une diurèse sans cesse satisfaisante, une augmentation pondérale de 7 kgs en 35 jours. Bien qu'il n'y eut pas d'œdème périphérique, on peut se demander si cette augmentation anormale ne répondait pas à un trouble du méta-

bolisme hydrique, car, revue quatre mois plus tard, la malade présentait à nouveau le poids qu'elle avait à son entrée à l'hôpital. L'examen du foie montre à cette date son retour à des dimensions normales.

Obs. XXXII. — Mme Ch..., âgée de 34 ans, femme de ménage, entre à l'hôpital le 20 décembre 1933 pour un ictère du type par rétension. Elle était parfaitement bien portante jusqu'en 1930 : à partir de ce moment elle éprouve de temps à autre, pendant quelques jours, une sensation d'asthénie, tandis que ses conjonctives et ses téguments prennent une coloration sale, un peu jaunâtre. Depuis cinq ou six mois, elle accuse, en outre, pendant les quelques heures qui suivent ses repas, des pesanteurs épigastriques qui, ces dernières semaines, se sont accentuées et se sont accompagnées d'impotence.

L'ictère s'installe en deux à trois jours, tandis que la malade éprouve quelques légères douleurs dans l'hypocondre droit et dans la région lombaire correspondante. Elle accuse aussi, passagèrement, de violentes coliques abdominales avec diarrhée, à laquelle succède bientôt une constipation tenace. La malade se plaignait encore de céphalée, d'asthénie extrême et d'un prurit intense qui ne se calma qu'au bout de quelques jours. La diurèse est, à ce moment, médiocre, aux dires de la malade. Signalons qu'une épistaxis abondante accompagne l'installation de l'ictère et que, dans le mois précédent, de petites métrorragies quotidiennes étaient survenues.

C'est quelques jours après la constitution de l'ictère que la malade entre à l'hôpital : elle est apyrétique et précise qu'à aucun moment et même les premiers jours, elle n'a présenté la moindre élévation thermique ni le moindre frissonnement. L'ictère est intense et s'accompagne d'urines très hautes en couleur et de matières complètement décolorées. Le foie mesure 12 cm. sur la ligne mamelonnaire : il est de consistance normale, mais présente une sensibilité diffuse, un peu plus marquée dans la région vésiculaire. La rate est légè-

rement palpable. La palpation de l'abdomen révèle un cæcum douloureux et gargouillant.

L'examen radiographique direct ne montre pas de calcul vésiculaire ; pratiqué ensuite après ingestion de phénolphthaléine tétraïodée, il ne donne pas lieu à l'imprégnation de la vésicule.

Après tubage duodénal, deux épreuves de Meltzer-Lyon restent négatives. Une injection intraveineuse de sécrétine purifiée donne une réponse pancréatique légèrement retardée ; les coefficients d'activité pancréatique sont normaux. L'examen des selles montre l'absence de sang : la réaction de Triboulet y décèle l'existence d'hydrobilirubine. L'examen du sérum sanguin donne 30 unités Van den Berg, soit 150 mmgr. de bilirubine et 3 gr. 60 de cholestérine. Un séro-diagnostic à la spirochétose ictéro-hémorragique est négatif.

C'est le diagnostic d'ictère catarrhal qui est cliniquement porté et qu'appuie l'épreuve de la galactosurie provoquée :

ÉCHANT.	VOLUME EN CC.	CONC .0/00	GR.
I	100	46,75	4,675
II	33	18,70	0,617
III	330	1,47	0,485
IV	330	1,00	0,330
	793	7,70	6,107

Les jours qui suivent l'entrée de la malade à l'hôpital la teinte des téguments devient jaune verdâtre et l'intensité de l'ictère ferait penser à un cancer de la tête du pancréas si les résultats de l'étude des fonctions galatopexiques et si l'absence d'un gros foie ne permettaient de tenir fermement au diagnostic porté.

Le 14 janvier, malgré l'intensité de l'ictère, les selles se décolorent déjà, et les chiffres de galactose accusent une certaine amélioration :

ÉCHANT.	VOLUME EN CC.	CONC .0/00	GR.
I	63	33,39	2,105
II	75	4,88	0,366
III	400	0,85	0,340
IV	500	1,22	0,610
	1.038	3,29	3,419

Cette amélioration s'affirme encore quelques jours après (22 janvier) :

ÉCHANT.	VOLUME EN CC.	CONC .0/00	GR.
I	78	15,68	1,223
II	100	13,55	1,355
III	540	0,46	0,248
IV	310	1,15	0,356
	1.028	3,09	3,182

Le triangle glycémique (M. Labbé) indique une aire de 0,59.

Entre temps, l'intensité de l'ictère a légèrement diminué, les matières restent bien colorées, et la malade semble s'acheminer lentement vers la guérison. A partir du 25 janvier, des injections quotidiennes de sérum glucosé sous-cutané élèvent notablement la diurèse.

Le 28 janvier, quelques heures après une injection de sérum sous-cutanée, la malade éprouve des frissons, la température monte à 39°9 et une diurèse extrêmement abondante survient jusqu'au lendemain. La malade accuse alors dans l'hypocondre droit des douleurs assez intenses. L'ictère semble présenter une recrudescence d'intensité. L'épreuve de la galactosurie (2 février) indique une aggravation momentanée de l'hépatite.

ÉCHANT.	VOLUME EN CC.	CONC .0/00	GR.
I	270	15,72	4,234
II	200	15,27	3,054
III	440	0,60	0,264
IV	540	1	0,540
	1.450	5,58	8,092

L'examen du sérum sanguin indique : 50 unités Van den Berg, 250 mmgr. de bilirubine et 3 gr. 80 de cholestérine.

Malgré cet épisode, le diagnostic d'ictère catarrhal prolongé reste porté. La teinte des téguments persiste avec des intensités variables d'un jour à l'autre, les selles restent bien colorées, et les épreuves de galactosurie reflètent les fluctuations par lesquelles passe la maladie. On trouve le 12 février :

ÉCHANT.	VOLUME EN CC.	CONC .0/00	GR.
I	145	13,55	1,964
II	78	7,86	0,613
III	690	0,48	0,331
IV	820	0,58	0,475
	1.733	1,95	3,383

L'épreuve du 22 février, faite au cours d'une nouvelle poussée thermique, analogue à celle du 28 janvier, fournit des chiffres plus élevés.

ÉCHANT.	VOLUME EN CC.	CONC .0/00	GR.
I	165	28,05	4,628
II	55	7,58	0,416
III	190	2,22	0,421
IV	730	1,39	0,139
	1.140	4,91	5,604

A cette date, l'aire du triangle glycémique était de 0,22. Vers le début du mois de mars, une décoloration plus franche des téguments semble enfin vouloir s'affirmer. La diurèse, malgré la suppression du sérum glucosé, reste satisfaisante, les selles gardent leur coloration ; l'ictère cutanéomuqueux et l'asthénie constitueraient les seuls symptômes résiduels, si la malade n'accusait encore de temps en temps, dans l'hypochondre et la fosse iliaque droite, des douleurs irradiant vers la région lombaire, voire même vers l'omoplate droite. L'atténuation de l'ictère semble trouver confirmation dans l'amélioration des chiffres de galactose du 6 mars :

ÉCHANT.	VOLUME EN CC.	CONC .0/00	GR.
I	270	6,23	1,682
II	115	5,25	0,603
III	350	1,45	0,507
IV	350	1,51	0,830
	1.285	2,81	3,622

Bien que la coloration jaune des téguments affirme ensuite sa disparition progressive, on trouve encore le 16 mars :

ÉCHANT.	VOLUME EN CC.	CONC .0/00	GR.
I	170	19,54	3,321
II	115	2,11	0,242
III	570	0,82	0,467
IV	980	0,93	0,911
	1.850	2,69	4,941

Le triangle glycémique, à cette date, a une aire de 0,13.

Une deuxième épreuve de galactosurie est pratiquée le 26 mars :

ÉCHANT.	VOLUME EN CC.	CONC .0/00	GR.
I	440	6,12	2,692
II	165	4,11	0,678
III	540	0,90	0,486
IV	1.000	0,56	0,560
	2.145	2,99	6,426

L'ictère a disparu presque complètement : il ne persiste qu'une teinte légèrement jaunâtre des conjonctives. Mais, sans qu'aucune cause cardiaque ou rénale puisse être invoquée, la malade présente de légers œdèmes des membres inférieurs coïncidant avec une augmentation de poids qui, dans les trois dernières semaines du séjour à l'hôpital, passe de 49 kgs, poids habituel, à 56 kgs.

La malade sort de l'hôpital le 29 mars 1934.

Obs. XXXIII. — M. C..., peintre, âgé de 41 ans, entre le 1^{er} août 1934, salle Hanot, à l'hôpital Bichat. Son médecin

l'y envoie pour un ictère qui dure déjà depuis quatre semaines.

Pendant les quinze derniers jours du mois de juin, le malade éprouve un état de malaise général vague et accuse au genou et au coude gauches, des douleurs sourdes qui le gênent dans son travail. Par ailleurs, il n'a pas de courbature, pas de frissons. Il ne se sent pas suffisamment malade pour prendre sa température.

C'est vers le 1^{er} juillet que l'entourage fait remarquer au malade qu'il a les conjonctives jaunes et, très rapidement, l'ictère s'affirme, se généralisant à la peau et aux muqueuses. Il s'accompagne d'une pigmentation des urines, dont le volume se réduit à 500 cc. Par contre les matières ne sont pas nettement décolorées. Ce n'est qu'après quelques jours d'ictère, que le malade éprouve une absence d'appétit, avec quelques nausées. Il n'existe pas de température. Le malade accuse une asthénie importante.

L'ictère se poursuit, avec de fréquentes intermittences d'exagération et de rémission. Les selles deviennent décolorées, mastic. Le malade maigrit de 3 kgs. C'est au bout de quatre semaines d'une telle évolution que le malade entre à l'hôpital.

Son ictère est alors assez intense. Les urines sont hautes en couleur, contenant des pigments biliaires. Leur volume est de 1.500 cc. Elles ne contiennent ni sucre, ni albumine. Les selles sont complètement décolorées. Il n'y a pas de prurit.

Il n'y a pas de température, pas de douleur.

Le foie est un peu augmenté de volume, mesurant 13 cm. sur la ligne mamelonnaire. La surface qui déborde le rebord costal est lisse, régulière, de consistance ferme, à peine sensible à la pression.

La rate est augmentée nettement de volume, seulement perceptible.

On ne provoque aucun point douloureux particulier dans la région de la vésicule ; celle-ci n'est pas palpable.

La T. A. est de 16-10. L'urée sanguine est de 0,26.

L'exploration radiologique montre un estomac normal, un

bulbe duodénal marquant une légère empreinte probablement vésiculaire. Il existe un dolichocôlon gauche indiscutable. Le cæco-ascendant est fluxueux. Le cæcum est en position haute, difficilement mobilisable.

L'étude du transit iléal montre une stase importante.

Le tubage duodénal ramène un peu de bile. Deux épreuves de Meltzer-Lyon restent sans réponse vésiculaire. L'étude du suc pancréatique, après injection intra-veineuse de sécrétine purifiée, montre une insuffisance pancréatique portant uniquement sur la lipase, la trypsine étant de taux normal.

L'épreuve de la galactosurie provoquée faite le 4 août fournit le résultat suivant :

ÉCHANT.	VOLUME EN CC.	CONC .0/00	GR.
I	155	32,20	5,000
II	160	14,50	2,320
III	518	2,55	1,320
IV	1.133	0,93	1,054
	1.966	4,43	8,694

Pendant les jours qui suivirent l'entrée à l'hôpital, on ne note aucune modification des symptômes, sauf une irrégularité de la diurèse qui tombe au bout de quatre jours à 500 cc., puis remonte rapidement pour se stabiliser aux environs de 2 litres.

L'épreuve de galactosurie pratiquée le 10 août montre déjà une élimination un peu moindre de galactose, et surtout un abaissement des concentrations du fait de la meilleure diurèse :

ÉCHANT.	VOLUME EN CC.	CONC .0/00	GR.
I	266	5,7	1,518
II	276	6,72	1,850
III	690	3,12	2,150
IV	1.955	1,21	2,360
	3.187	2,49	7,878

Le 19 août survient une petite poussée fébrile à 38°4, inexpliquée.

Le 20 août, on commence à noter la recoloration des selles, tandis que l'ictère garde pourtant la même intensité.

Dans la nuit du 23 au 24 août, alors qu'une épreuve de galactosurie est en cours, le malade éprouve quelques frissons et des sueurs abondantes. La température s'élève à 37°9 et cette élévation se poursuit les jours suivants. Cette épreuve fournit les résultats suivants :

ÉCHANT.	VOLUME EN CC.	CONC .0/00	GR.
I	270	14,33	3,86
II	210	4,57	1,02
III	330	3,58	1,18
IV	500	0	0
	1.310	2,161	6,06

La poussée thermique s'étale sur plusieurs jours, sans dépasser 38°4. Elle ne s'accompagne d'aucun phénomène douloureux, mais coïncide avec une coloration plus intense des urines, il est vrai un peu moins abondantes, et avec une diminution de la coloration des matières.

Le 31 août, au déclin de la poussée thermique, l'ictère commence à accuser une tendance nette à la régression. L'anorexie est complètement disparue. Le foie présente toujours le même volume.

Les jours suivants, l'amélioration de l'ictère s'accroît.

Un tubage duodénal pratiqué le 3 septembre obtient, après épreuve de Meltzer-Lyon, une réponse vésiculaire. Une injection intra-veineuse de sécrétine purifiée montre que les fonctions externes du pancréas sont sensiblement normales.

L'épreuve de galactosurie provoquée du 5 septembre fournit une réponse en nette amélioration :

ÉCHANT.	VOLUME EN CC.	CONC .0/00	GR.
I	300	7,273	2,181
II	215	2,049	0,440
III	720	0	0
IV	1.630	0	0
	2.865	1,093	2,621

Le malade sort de l'hôpital le 8 septembre, présentant encore un très léger ictère des conjonctives.

Le 6 octobre dernier, le malade était en bonne santé : néanmoins, il présente encore par moments une teinte jaunâtre des conjonctives. Ses fonctions intestinales sont apparemment normales : l'examen radioscopique montre pourtant la persistance d'un ralentissement du transit iléal.

CONCLUSIONS

I. — La flaccidité cadavérique rend mal compte de la morphologie que présente la valvule iléo-cæcale sur le vivant : l'invagination de l'iléon dans le cæcum est plus importante qu'on ne la conçoit, et c'est sous l'aspect d'une papille, et non d'une fente, qu'apparaît la valvule, dans la lumière cæcale.

II. — La fermeture de la valvule contre un reflux éventuel est assurée par son état anatomique réalisant une véritable soupape. Contre le flux normal iléo-côlique, la fermeture est réalisée d'abord par la contraction des fibres circulaires des lèvres valvulaires, dont le tonus apparaît dès le début du repas. L'ouverture est déterminée, de façon rythmique, par la contraction des fibres longitudinales du segment iléal prévalvulaire qui, exagérant l'invagination de l'iléon dans le côlon, apporte ainsi un peu de son contenu dans le cæcum. Il s'y ajoute accessoirement un relâchement des fibres circulaires que contient uniquement le segment suivant, représenté par les lèvres valvulaires. L'ouverture est donc, avant tout, un phénomène actif. Cette contraction essentielle des fibres longitudinales termino-iléales n'est que la continuation d'une onde descendante partie de l'antré prévalvulaire.

III. — L'examen radiologique montre l'importance physiologique qu'il faut attribuer, dans le fonctionnement de la valvule, à l'appareil iléal prévalvulaire. Celui-ci, régularisant l'arrivée du train iléal, le segmente par bouchées, remplissant une à une l'**antre prévalvulaire** en forme de « *tête de canard* ». Ce remplissage de l'antre s'établit soit par un train d'ondes descendantes, soit par un cylindre de transport. L'antre prévalvulaire se vide en s'enfonçant perpendiculairement « *en coin* » dans le cæcum, par une invagination exagérée de l'iléon qui réalise une véritable **gargouille** déversant son contenu, non pas sur le bord interne du cæcum, mais « *en plein milieu* » de la lumière cæcale, à trois ou quatre centimètres du bord interne. *L'invagination intestinale pathologique n'est ainsi que l'exagération du processus physiologique d'évacuation iléo-cæcale, qui l'amorce à tout instant.* L'appareil iléal prévalvulaire est donc un appareil de régularisation du transit, de morcellement du train iléal : c'est surtout un « *appareil de propulsion* » résidant dans le fonctionnement de l'antre prévalvulaire. L'incisure du bord externe du cæcum, en regard de la valvule, est une constatation normale et non pathologique qui apparaît dès le début du repas, dès la mise en tonus de l'appareil valvulaire. C'est un phénomène synergique de la contraction des fibres circulaires des lèvres valvulaires, et qui répond à la contraction des fibres circulaires côliques situées en regard de la valvule, ne tendant qu'à brider celle-ci davantage et contribuant à sa fermeture. Ces fibres cir-

culaires cœliques font partie intégrante de l'appareil valvulaire.

IV. — Il y a, normalement, en amont de la valvule, une stase iléale physiologique et ce n'est qu'au bout d'une heure d'arrêt, environ, que les contractions rythmiques de l'antra prévalvulaire donneront lieu aux premières propulsions dans le cæcum. La vacuité iléale n'est pas réalisée dans d'étroites limites horaires, et, selon la qualité des aliments ingérés, selon le fonctionnement des glandes gastro-intestinales et de leurs annexes, ces variations sont nécessaires pour assurer, malgré des circonstances parfois très différentes, une digestion toujours satisfaisante.

V. — Néanmoins, on peut dire que la stase iléale est anormale lorsque, s'étant assuré d'une vacuité gastrique dans les délais normaux, on constate la persistance de baryte dans l'iléon à la neuvième heure. Cette recherche demande que les malades soient laissés au régime alimentaire habituel, prennent entre temps leurs repas comme de coutume, et s'abstiennent de tout laxatif ou lavement.

VI. — Les stases iléales organiques sont conditionnées par un obstacle valvulaire ou prévalvulaire. Elles peuvent relever de foyer de périviscérite iléo-côlique secondaire à une inflammation appendiculaire, de tuberculose iléo-cæcale, de réactions péritonéales secondaires à une sigmoïdite, à des affections utéro-ova-

riennes. Elles relèvent rarement de brides de Lane et restent, d'ailleurs, plus rares en présence de cæcum bas situé que de cæcum élevé. On ne les observe jamais, pas plus que les stases fonctionnelles, chez les malades ayant subi une appendicectomie après une première ou une seconde crise d'appendicite aiguë. Les discordances anatomiques ou radiologiques sont fréquentes et nous ne considérons, comme éléments de certitude du caractère organique d'une stase iléale, qu'un des signes suivants :

— la déformation, avec aspect irrégulier des contours, de l'anse iléale en un point toujours le même à plusieurs examens ;

— l'arrêt constant du train baryté à un point iléal qui n'est pas la valvule et reste toujours le même au cours de plusieurs examens ;

— la dilatation très importante d'une anse iléale surtout lorsqu'elle se produit en amont d'une anse déformée.

L'aspect anormal des contractions prévalvulaires et leur degré d'inefficacité, la lenteur du transit sont des éléments capitaux pour établir le diagnostic de stase iléale ; ils nous paraissent moins importants pour en fixer le caractère organique ou fonctionnel. Ces stases iléales organiques sont infiniment plus rares que les stases fonctionnelles.

VII. — Les stases fonctionnelles répondent dans la règle à un arrêt prolongé en-deçà de la valvule et n'apparaissent que comme l'exagération de la stase

physiologique. Elles sont de degré variable d'une période à une autre. On les observe surtout au cours des états dits d'appendicite chronique, des côlites et notamment des typhlites, plus rarement au cours d'affections vésiculaires, de duodénites ou d'ulcus gastroduodénaux.

VIII. — Au cours de l'appendicite chronique, la stase iléale n'aide en rien à son diagnostic. Elle aide simplement à prendre une attitude thérapeutique et à faire sur l'évolution des réserves variables de pronostic.

a) lorsqu'il n'y a pas de stase iléale, deux alternatives opposées :

1° ou il y a réellement atteinte de l'appendice (l'absence de typhlo-côlite rendra ici plus facile l'appréciation du point douloureux appendiculaire radiologique) et l'on peut attendre du traitement chirurgical, de premier plan, un résultat complet et rapide ;

2° ou plus souvent, chez l'adulte, il s'agit d'erreurs de diagnostic et l'appendicectomie est une faute. A côté des affections urinaires droites, des iliaqualgies, la termino-iléalgie, existant parfois sans stase iléale, peut prêter à erreur dans la recherche du point douloureux d'appendicite chronique.

b) lorsqu'il y a stase iléale, il y a, dans la règle, typhlo-côlite plaçant le traitement médical au premier plan et, si l'on pratique l'appendicectomie, on doit

avertir le malade qu'on ne la conçoit que comme moyen adjuvant et qu'il ne faut pas attendre de l'opération une amélioration rapide et franche. On doit même l'avertir qu'il peut n'en tirer aucun bénéfice. Cette appendicectomie nécessitera, pour ne pas être néfaste, une préparation du malade et des soins post-opératoires prolongés. Nous ne la concevons pas comme « la petite intervention qui écarte le malade huit jours de ses occupations ».

Les mêmes conclusions générales s'appliquent aux appendicites chroniques de l'enfant, mais celles-ci, à l'encontre de celles de l'adulte, rentrent pour la plupart, dans le cadre des appendicites chroniques sans stase iléale à la neuvième heure, sans typhlo-côlite, sans termino-iléalgie. Leur diagnostic est plus aisé. Comme pour toutes les appendicites chroniques sans stase iléale, le traitement chirurgical est seul de mise, et on doit en attendre un résultat heureux, franc et rapide.

IX. — Les côlites et particulièrement les typhlites représentent les états au cours desquels on trouve, avec la plus grande fréquence, une stase iléale en amont. Ce spasme iléo-cæcal s'accompagne, dans la règle, de termino-iléalgie trompeuse. Les rapports des côlites et de la stase iléale sont souvent soulignés par la constatation de leur apparition parallèle, et par la constatation de la disparition radiologique de la stase iléale, tandis que s'améliorent les signes de côlite.

La moins grande résistance des côlites de l'enfant

aux thérapeutiques usuelles, leur évolution plus franchement régressive mettent encore mieux en évidence cet étroit parallélisme.

X. — Les dolichocôlons ne s'accompagnent de stase iléale que lorsqu'ils s'accompagnent de côlite.

XI. — Certaines stases apparaissent comme dues à un état d'atonie de l'intestin grêle, avec apport défec-tueux de la baryte à l'anse termino-iléale autant que paresse dans le fonctionnement de l'appareil propul-seur prévalvulaire. Ces stases par atonie s'observent chez des sujets présentant une hypotonie musculaire généralisée, chez des vieillards, chez des malades por-teurs d'éventrations, de prolapsus.

XII. — Les fausses stases iléales par reflux répon-dent parfois à des atonies avec dilatation du cæcum. Elles ne sont souvent que la conséquence d'une ouver-ture active, réflexe de la valvule au cours d'un lave-ment baryté. Même lorsqu'un cæcum semble se laisser forcer passivement, des contractions de l'anse termi-no-iléale montrent que, dans ce reflux, il n'y a pas qu'un jeu purement passif. Le lavement baryté, en tout cas, constitue une méthode d'examen trop arti-ficielle pour permettre d'étudier le fonctionnement de la valvule. Les seuls reflux de valeur qui puissent être constatés sont ceux qu'on peut observer après un re-pas baryté et qui se traduisent, après vacuité iléale, par un retour de la baryte dans l'iléon, au cours d'exa-

mens radioscopiques multiples. Ils ne sont guère fréquents.

XIII. — La stase iléale est un syndrome au cours d'affections digestives variées et notamment au cours des côlites. Il n'est peut-être pas raisonnable d'envisager *a priori* la stase iléale comme toujours secondaire à la typhlo-côlite. Elle nous semble pouvoir en être responsable et, en tout cas, mériter parfois, tout autant, l'individualité qu'on accorde aux côlites banales malgré l'obscurité de leur pathogénie. L'existence d'iléite terminale, parfois constatée au cours d'interventions, même en l'absence de tout foyer inflammatoire appendiculaire, plaide pour la possibilité d'une telle entité.

XIV. — La stase iléale, quelles que soient ses associations, se présente avec un tableau clinique particulier : ballonnement abdominal, troubles cénesthésiques avec sensation de « ventre jamais vide », somnolence post-prandiale, céphalées, migraines, asthénie, pollakiurie nocturne, facies sans couleurs ou terreux, langue saburrale, foie un peu augmenté de volume, point douloureux sur la valvule et termino-iléalgie risquant de faire incriminer l'appendice, cæcum gargouillant, parfois légère température. Il n'y a aucun parallélisme entre constipation et stase iléale : celle-ci s'accompagne aussi bien de diarrhée.

XV. — En raison de son système vasculaire et de

la présence de villosités, la muqueuse de l'intestin grêle est adaptée à une rapide absorption qui explique que, dans le tableau d'intoxication intestinale, la stase iléale ait généralement la part prédominante. Elle ne la justifie pas, absolument et à elle seule, car des stases iléales importantes peuvent être constatées, quoique rarement, sans qu'on observe une répercussion manifeste sur l'état général. Néanmoins, en présence d'un tableau clinique d'intoxication intestinale, jamais on ne voit la stase iléale en défaut. Elle est plus importante, à ce point de vue, que la stase cæcale.

XVI. — Nous avons fréquemment rencontré la stase iléale au cours d'états anémiques inexpliqués, au cours de rhumatismes chroniques, mais, parmi les multiples conséquences dont elle semble capable, nous avons surtout étudié ses répercussions hépatiques. Elles consistent en une légère hypertrophie du foie, en petites glycosuries intermittentes. La moindre résistance de la cellule hépatique qu'entraîne une stase iléale prolongée peut ne s'exprimer que lorsqu'atteint par une affection ultérieure, le foie se montrera incapable de réagir dans les conditions habituelles. C'est le cas pour l'ictère catarrhal. La déficience de la cellule hépatique conditionnée par une stase iléale semble s'y manifester en ne permettant pas la guérison par crise, mais une dissociation, un étalement de chacun des symptômes dans son évolution vers la guérison, caractéristiques de l'ictère catarrhal.

prolongé. Nous avons examiné sept malades ayant fait un ictère catarrhal prolongé : ils présentaient tous, sans exception, au cours de l'ictère et après sa guérison, une stase iléale très importante, tandis que nous ne l'avons guère observée dans de nombreux cas d'ictère catarrhal banal.

Vu :

LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LEREBoullet.

Vu et permis de l'Académie :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Nous ne citerons ici que les travaux publiés après 1910. Les ouvrages antérieurs ayant trait à la stase iléale sont indiqués dans la thèse de Renaudeaux.

- ARMSTRONG. — Focal infection ; ileal and colonie stasis. (*Canada Med. Ass. Journal*, Toronto, 1920, X, p. 106-110).
- BAKER (H. W.) et BAKER (D. V.). — Ileal stasis. (*Med. and Surg. Journal*, 1914, CLXX, p. 235-237).
- BALLI. — L'insufficienza dello sfintere del Varollo in seguito a clisine opaco he valore patologico. (*Riv. di Radiol. e Fis. med.* (suppl. n° 1), avril 1930, t. 2, p. 76).
- BÉCLÈRE. — Un cas d'insuffisance de la valvule iléo-cæcale. (*Bull. et Mém. de la Soc. de radiol. méd. de Paris*, 1914, t. VI, p. 65).
- BLAKE. — Ileal Stasis. Report of thirty three cases. (*Boston M. a. s. Journal*, 1914, CLXX, p. 421-423).
- BLESS. — Insufficiëntie der valvula Bauhini. (*Nederl. Tydschr. v. Geneesk. Amst.*, 1918, t. I, p. 1668-1672).
- BRYANT. — The ileo-cecal valve and the chronic intestinal invalid. (*Boston m. a. S. J.*, 1916, t. CLXXV, p. 572-574).
- CASE. — A critical study of intestinal stasis, including new observations and conclusions respecting the causes of ileal stasis. (*Med. Rec.*, N.-Y., LXXXV, 1914, p. 407-409; *Surg. Gyn. and Obst.*, 1914, XIX, p. 592-600; *Arch. Röntgen*, Lond., 1914, XIX, p. 45-52).
- CASE. — Röntgenologie observation on the function of the ileo-cæcal valv ; with special reference to the vausation of ileo-stasis. (*J. Am. Med. Ass. Chicago*, 1914, t. LXIII, p. 1195-1199).
- CHIRAY (M.) et J. BAUMANN. — L'intoxication d'origine intestinale (toxémie iléo-typhlocôlique). (*Presse Médic.*, 3 juin 1933, p. 890).

- CHIRAY (M.), G. LARDENNOIS et J. BAUMANN. — Les Côlites chroniques, 1934. (Masson, édit.).
- COLE. — Ileo-cæcal incompetency; some of the direct causes; constitutional smptoms; clinical signifiñance of the incompetency. (*Med. clin. N. Am. Phila.*, 1917, t. I, p. 689-701).
- Ileo-cæcal incompetency. (*Med. rec.*, N.-Y., 1917, t. XCI, p. 830-832).
- COLESCHI. — Sul valore dell' insufficienza della valvola ileocecale, constatata radiologicamente. (*Radiol. med. Torino*, 1916, t. III, p. 188-193).
- DIAMOND. — Intestinal stasis; ileocecal valve incompetency and chronic appendicitis röntgenogially. (*N.-York M. J.*, 1918, CVIII, p. 672-677).
- DIETLEN. — Die Insuffizienz der valvula ileocæcalis in Röntgenbild. (*Fortsch. a. d. Geb. d. Rönt.*, Hamb., 1913, t. XX1, p. 23-30).
- FIESSINGER (N) et G. HUTET. — Contribution à l'étude de la traversée côlique sous contrôle radiologique. (*Arch. des Mal. de l'app. digestif*, t. XXIII, n° 7, juillet 1933).
- FITTS. — Ileal Stasis; its effects and clinical signifiñance. (*South. M. J.*, janv. 1929, t. 22, p. 46-49).
- FISCHER. — Radiographic diagnosis of ileocecal valve incompetency. (*Perm. Med. Jour.*, Athènes, 1918-19, t. XXII, p. 412-17).
- FLANDIN. — L'appendice simulatrice. L'appendicite à forme gastralgique. (*Bulletin Médical*, Paris, 3 mars 1928, p. 265) (Stase iléo-cæcale).
- GIOVETTI. — Sul meccanismo dell' insufficienza dello sfintere di varolio vel ileo-colico da clisina opaco. (*Riv. di radiol. e fis. med.*, mai 1930, t. 2, p. 305-310. — *Bull. de la Soc. med. de chirurgie di Modena*, 1929-1930, t. 30, p. 85-88).
- GLASSNER. — Die Funktion der Ileozokalklappe nach Appendektomie. (*Wien. med. Woch.*, 17 déc. 1932, t. 82, p. 1571-1573).
- GWEDEL. — Die Insuffizienz der Valvula ileocæcalis im Röntgenbild. (*Fortsch. a. s. Geb. s. Röntgen.*, Hamb., 1913, t. XX, p. 162-172).

- HAUNES. — Veber die Insuffizienz der Valvula ileo-cæcalis. (*Munch. med. Woch.*, 1920, t. LXVII, p. 745).
- ILROMADA. — Zur Insuffizienz der Valvula Bauhini. (*Arch. f. Klin. Chir.*, 1921, t. CXVII, p. 784-818).
- P. JACQUET et L. GALLY. — Le diagnostic radiologique de l'appendicite chronique. (*Bull. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 2 févr. 1931).
- JONES. — Ileocæcal incompetence; a clinical analysis of 1.000 cases with some deductions therefrom. (*Am. J. Med. Sc.*, 1923, t. CLXVI, p. 710-731).
- KELLOG. — Incompetency of the ileocæcal valve, the most common cause of ileal stasis. (*Lancet clinic.*, Cincinnati, 1915, p. 602-608).
- Incompetency of the ileocæcal valve: disorders arising from this condition and their treatment. (*Med. rec.*, N. Y., 1913, t. LXXXIII, p. 1105-1114).
- KERLEY. — Symptom complex: anorexia, gastric retention, mucous gastritis, intestinal stasis. (*Med. J. and Record.*, 18 nov. 1931, t. 134, p. 487-491).
- KORNBLUM. — Significance of small intestinal stasis. (*Radio-logy.*, juillet 1929, t. 13, p. 17-28).
- KRAUS. — Insuffizienz der valvula Bauhini. (*Berl. Klin. Woch.*, 1912, t. XLIX, p. 2335).
- LANE. — The obstruction of the ileum with develops in chronic intestinal stasis. (*Lancet*, Londres, 1910, t. I, p. 1193).
- LORIN EPSTEIN. — Ileo-valvular insuffizienz and ileovalvular restauration (*Zeit. f. chir.*, 27 juillet 1929, t. 56, p. 1871-1874).
- MARTIN. — The ileo-colic valve as a factor chronic intestinal stasis; operative treatment. (*Tr. Am. Surg. ass.*, Phila., 1914, XXXII, p. 175-186. — *Ann. surg.*, Phila., 1914, LX, p. 114).
- MARCUSE. — Die Insuffizienz der valvula ileocæcalis. (*Röntg. Bull. Klin. Woch.*, 1914, t. LI, p. 1938-1940).
- The insufficiency of the ileo-cæcal valve in the X ray. photograph. (*Am. J. Surg.*, N. Y., 1914, t. XXVIII, p. 173-175).

- MORRE. — Functionnal restoration of the incompetent ileo-cæcal valve (*Am. J. Electro. and Radiol.*, N. Y., 1924, t. XLII, p. 111-116).
- PLESCH. — Regurgitatis colo-iliaca. (*Zeitsch. f. Klin. Med.*, 1928, t. 108, p. 340-359).
- POSTELL et LOVELADY. — Ileocæcal inefficiency. (*South. J. M. a. S. El.*, Reno., 1920, t. XXXVIII, p. 40-43).
- RAMIREZ et HOGUET. — Ileocæcal insufficiency (*N.-York M. J.*, 1918, t. CVIII, p. 146).
- REISSMAN. — The Röntgen ray in the diagnosis of ileo-cecal valve insufficiency. (*Am. J. Surg.*, N.-Y., 1920, t. XXXIV, p. 61).
- RENAUDEAUX. — Constipation et transit iléo-cæcal ; étude de diverses théories pathogéniques ; observations radio-cliniques. (*Thèse*, Paris, 1921).
- RINCONES. — Incompetence de la valvula ileocecal, descubierta por las rayos X. (*Gac. med. de Caracas*, 1922, t. XXIX, p. 179).
- ROSANOV et JURASOFF. — Insufficiency of Bauhin's valve. (*Vestnik. Khir.*, (N° 31), 1927, t. II, p. 3-16).
- SABATINA. — L'insufficienza dello sfintere del varolio in seguito a clisina opaco. (*Arch. di rad.*, juill.-oct. 1930, t. 6, p. 808-812).
- SAMUEL. — Röntgenographic interpretation of ileacolonie stasis. (*Am. J. Röntgenol.*, N.-Y., 1923, N. X, 721).
- SCHULTZE. — Ueber die valvula ileo-cæcalis, insbesondere die anatomischen Grundlagen ihrer Insuffizienz. (*Verhandl. d. deutsch. path. Gesellsch.*, Jen., 1926, XXI, p. 267-272).
- SIMON. — Ileo-colic stasis ; its clinical consequences and treatment. (*South Med. J.*, Birmingham, 1923, XVI, p. 737-742).
- STEEP et KUHLMANN. — Uber das Verhalten des Dunndarms bei chronischer Gastritis mit Constipation (*Med. Klin.*, 20 sept. 1932, t. 28, p. 1376-1379).
- SWEET, PEET et HENDRIX. — High intestinal stasis. (*Am. Surgery*, Phila., 1916, LXIII, p. 720-728).

- TONNIS et EICHLER. — Die Funktion der menschlichen val-
cula ileo-cæcalis. (*Klin. Wochens.*, 19 nov. 1927, t. 6,
p. 2238).
- TONNIS. — Ist die Ileo-cæcalklappeninsuffizienz ein selbstan-
diges Krankheitsbild. (*Arch. f. Klin. und. chir.*, 1928,
t. 157, p. 785-792).
- Die Reflektorische Innervation des sphinkter ileo-
cæcalis und die Diagnose der Ileo-zökalklappeninsuffi-
zienz. (*Verhandl. d. Phys. med. Gesellsch.*, 1928, t. 53,
p. 12).
- WATSON. — Diagnosis and treatment of ileal stasis (*Clin. J.*
Lond., 1915, XLIV, p. 209-216).
- ZWEIG. — Die Insuffizienz der Ileocæcalklappe als selbstan-
diges Krankheitsbild. (*Arch. f. Verdauungsk.*, 1928,
t. 43, p. 482-489).

TABLE DES MATIÈRES

<i>Introduction</i>	15
<i>Anatomie de la valvule</i>	17
<i>Physiologie</i>	20
<i>Physiologie radiologique de l'appareil valvulaire au cours du transit iléo-côlique</i>	33
<i>Etude clinique et radiologique de la stase iléale</i>	42
LA STASE ILÉALE VRAIE	43
<i>Technique de l'examen radiologique</i>	44
<i>Siège de l'obstacle dans la stase iléale</i>	48
<i>Stases iléales organiques</i>	49
— <i>périviscérite iléo-côlique appendiculaire</i>	50
— <i>tuberculose iléo-cæcale</i>	53
— <i>affections tûtero-ovariennes</i>	57
— <i>brides de Lane</i>	59
— <i>concordances et discordances anatomiques et radiologiques dans les stases iléales</i>	65
<i>Stases iléales fonctionnelles</i>	71
— <i>au cours des appendicites chroniques</i>	72
<i>les appendicites chroniques sans stase</i>	75
<i>les fausses appendicites chroniques sans stase</i>	86
<i>les appendicites chroniques discutables</i>	96
— <i>au cours des appendicites chroniques chez l'enfant</i>	107
— <i>au cours des côlites</i>	110
— <i>au cours des côlites chez l'enfant</i>	126
— <i>au cours des dolichocôlons</i>	129
— <i>au cours des affections vésiculaires</i>	132
— <i>Les stases iléales par atonie</i>	138

LES FAUSSES STASES ILÉALES PAR REFLUX	143
Précautions à prendre au cours du lavement baryté dans la recherche du reflux iléal	149
Technique de la recherche des fausses stases iléales par reflux	153
LA STASE ILÉALE, syndrome ou maladie ?	155
CONSÉQUENCES DE LA STASE ILÉALE	159
— Son tableau clinique	161
— La stase iléale et les ictères catarrhaux prolongés.	168
<i>Conclusions</i>	195
<i>Bibliographie</i>	205

